

UNIVERZITA KARLOVA

1. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Praha 2019

Bc. Patricie Rusková

**Univerzita Karlova
1. lékařská fakulta**

Studijní program: Navazující magisterské studium
Studijní obor: Ergoterapie



Bc. Patricie Rusková

**Klinická využitelnost české verze Kanadského hodnocení výkonu
zaměstnávání u dospělých pacientů s fyzickým postižením**

Clinical utility of the Czech version of Canadian Occupational Performance Measure
for physically disabled adults patients

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce: Mária Krivošíková, M.Sc.

Praha, 2019

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji vedoucí mé diplomové práce Márii Krivošíkové, M.Sc. za vedení, cenné poznámky, odborné připomínky a náměty. Děkuji také ergoterapeutkám v ERGO aktiv, o.p.s. a v Ústřední vojenské nemocnici v Praze za umožnění sběru dat na jejich pracovištích. Dále děkuji zaměstnancům v Krajské zdravotní, a.s., Nemocnice Chomutov, o.z., za umožnění sběru dat na jejich pracovišti.

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 30.04.2019

Bc. Patricie Rusková

Podpis.....

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Jméno a příjmení: Bc. Patricie Rusková

Vedoucí práce: Mária Krivošíková, M.Sc.

Název diplomové práce: Klinická využitelnost české verze Kanadského hodnocení výkonu zaměstnávání u dospělých pacientů s fyzickým postižením

Cíl práce: Cílem diplomové práce bylo zhodnocení klinické využitelnosti české verze Kanadského hodnocení výkonu zaměstnávání v obou jeho částech, v oblasti výkonu ADL a v oblasti spokojenosti s výkonem ADL u dospělých osob s fyzickým postižením.

Metodika: Předvýzkum byl tvořen 40 osobami s fyzickým postižením s konkrétní specifikací na cévní mozkovou příhodu. Ke sběru sloužila česká verze Kanadského hodnocení výkonu zaměstnávání (COPM), test Barthelové (BI) a česká verze Dotazníku subjektivní kvality života (SQUALA). Hypotézy byly ověřeny korelační analýzou pomocí Spearmanova korelačního koeficientu.

Výsledky: P-hodnota ($p = 0,00001$) z testu závislosti naměřených hodnot českou verzí COPM v oblasti výkonu všedních denních činností a BI byla nižší než stanovená hladina významnosti $\alpha = 0,05$; $0,00001 < 0,05$. P-hodnota ($p = 0,041$) z testu závislosti naměřených hodnot českou verzí COPM v oblasti spokojenosti s výkonem všedních denních činností a dotazníkem SQUALA byla nižší než stanovená hladina významnosti $\alpha = 0,05$; $0,041 < 0,05$.

Závěr: Celkové výsledky statistické analýzy nepotvrzují nezávislost naměřených hodnot českou verzí COPM, BI a dotazníkem SQUALA. Byla podpořena vhodnost využití COPM pro oblast výkonu s ADL i soběstačností ADL u dospělých osob s fyzickým postižením specifikovaným na cévní mozkovou příhodu.

Klíčová slova: Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání, přístup zaměřený na klienta, Kanadský model výkonu zaměstnávání, všední denní činnosti

ABSTRACT OF DIPLOMA THESIS

Title of diploma thesis: Clinical utility of the Czech version of Canadian Occupational Performance Measure for physically disabled adults patients

Aim: The aim of diploma thesis was clinical utility of the Czech version of Canadian Occupational Performance Measure (COPM) in both parts. Utility in performance of activities of daily living and utility in satisfaction with performance of activities of daily living for physically disabled adults persons.

Methods: The pre-research consisted of 40 persons with physical disability after stroke. For data collection was used Canadian Occupational Performance Measure, Barthel index and Subjective QUALity of Life Analysis (SQUALA). Hypotheses were vitrified by correlation analysis using Spearman's Rank Correlation Coefficient.

Results: P-value ($p = 0,00001$) from the test of dependence of measured values by COPM in performance of activities of daily living and BI was lower than level of significance $\alpha = 0,05$; $0,00001 < 0,05$. P-value from the test of dependence of measured values by COPM in satisfaction with performance of activities of daily living and SQUALA questionnaire was lower than level of significant $\alpha = 0,05$; $0,041 < 0,05$.

Conclusion: The results of the statistical analysis did not confirm the independence of the measured values by the Czech version COPM, BI and the SQUALA questionnaire. It was supported the using COPM in both parts, in performance of activities of daily living and in satisfaction with performance of activities of daily living for physically disabled adults persons.

Key words: Canadian Occupational Performance Measure, Client-centered practice, Canadian Model of Occupational Performance, Activities of Daily Living

Identifikační záznam:

RUSKOVÁ, Patricie. *Klinická využitelnost české verze Kanadského hodnocení výkonu zaměstnávání u dospělých pacientů s fyzickým postižením. [Clinical utility of the Czech version of Canadian Occupational Performance Measure for physically disabled adults patients]*. Praha, 2019, s. 68, 1 příloha. Diplomová práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika rehabilitačního lékařství. Vedoucí práce Krivošíková, Mária.

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí do závěrečné práce absolventa
studijního programu uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě
Univerzity Karlovy v Praze**

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zveřejněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

[illegible]

Obsah

Úvod.....	1
1 Přístup zaměřený na klienta v ergoterapii	3
1.1 Proces přístupu zaměřeného na klienta	4
1.2 Bariéry přístupu zaměřeného na klienta v praxi	5
1.2.1 Bariéry na úrovni terapeutů	5
1.2.2 Bariéry na úrovni klientů	6
1.2.3 Bariéry pracovního prostředí	7
1.2.4 Zhodnocení bariér	8
1.3 Využití Přístupu zaměřeného na klienta v České republice.....	9
2 Kanadský model výkonu zaměstnávání.....	10
2.1 Komponenty výkonu zaměstnávání	11
2.1.1 Jedinec	11
2.1.2 Prostředí	12
2.1.3 Zaměstnávání	12
2.2 Revize Kanadského modelu výkonu zaměstnávání	13
3 Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání	15
3.1 Administrace COPM.....	16
3.2 Psychometrické vlastnosti COPM	16
3.2.1 Reliabilita.....	16
3.2.2 Validita.....	17
3.3 Klinická využitelnost COPM	17
3.3.1 Využití COPM v různých oblastech klinické praxe a u různých typů diagnóz	18

3.3.2	Shrnutí využitelnosti COPM.....	20
4	Fyzické postižení	21
4.1	Cévní mozková příhoda	22
4.1.1	Ischemická cévní mozková příhoda.....	22
4.1.2	Hemoragická cévní mozková příhoda	22
4.1.3	Stádia cévní mozkové příhody.....	22
4.1.4	Cévní mozková příhoda v číslech.....	23
4.1.5	Shrnutí.....	23
	PRAKTICKÁ ČÁST	25
5	Předmět praktické části diplomové práce	25
6	Cíl práce.....	26
7	Výzkumné hypotézy	27
8	Metodologie.....	28
8.1	Typ výzkumu	28
8.2	Výzkumný vzorek.....	28
8.3	Etická hlediska	29
8.4	Metody sběru dat.....	29
8.4.1	Sběr dat	32
8.5	Metody analýzy dat.....	32
9	Výsledky.....	35
9.1	Popisná statistika pro shrnutí výsledků.....	35
9.2	Verifikace hypotéz	40
10	Diskuze	46
10.1	Diskuze k metodologii	46

10.2	Diskuze k výsledkům	49
10.3	Implikace pro další výzkum	54
11	Závěr	55
	Literatura	57
	Seznam použitých zkratk	65
	Seznam obrázků	66
	Seznam tabulek	67
	Seznam grafů	68
	Příloha	69

Úvod

Důsledky fyzického postižení mají podle Novákové (2011) negativní vliv na výkon sebe obslužných činností jedince. Fyzické postižení může být následkem jednoho z nejčastějších onemocnění v České republice zvaného cévní mozková příhoda (CMP).

V České republice je incidence cévní mozkové příhody cca 350 vzniklých onemocnění na 100 tisíc obyvatel. Je odhadováno, že polovina přeživších osob po CMP je ve svém nastávajícím životě těžce handicapovaných (Kolář et al., 2009).

Vzhledem k tomu, že populace stárne, lze očekávat, že případů CMP bude nadále přibývat. S rostoucím počtem prodělaných CMP může růst také počet osob s následným fyzickým postižením, které má vliv na, již výše zmíněný, výkon všedních denních činností (ADL).

Všední denní činnosti jsou stěžejní oblastí působnosti ergoterapeuta, a proto je velmi důležité zaměřit se i na jejich hodnocení. V České republice jsou různé možnosti hodnocení ADL. Nabízí se možnost využít Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání (COPM), které hodnotí výkon a spokojenost s výkonem ve třech oblastech zaměstnávání. Jedna z těchto oblastí jsou právě ADL. COPM má mnoho výhod, zabývá se subjektivním hodnocením stavu klienta, zapojuje klienta do určování problémových oblastí a stanovování následných cílů terapie. Navíc pomáhá určit směr ergoterapeutické intervence.

Subjektivní hodnocení ADL samotnými klienty, ani možnost jejich zapojení do stanovování cílů terapie, není v České republice běžnou praxí. Z toho vyplývá, že ani česká verze COPM není často využívaným hodnocením. Krivošíková (2011) uvádí, že toto hodnocení není příliš využíváno, jelikož vychází z jiného kulturního prostředí.

Z toho vyvstává potřeba zhodnotit vhodnost využití COPM v praxi. Cílem diplomové práce je zhodnocení klinické využitelnosti české verze Kanadského hodnocení výkonu zaměstnávání (COPM) v oblasti výkonu soběstačnosti a v oblasti spokojenosti s tímto výkonem u dospělých osob s fyzickým postižením. Je tedy zkoumána otázka, jaké jsou možnosti využití COPM v klinické praxi u fyzického postižení specifikovaného konkrétně na cévní mozkovou příhodu.

Diplomová práce je tvořena teoretickou a praktickou částí. Teoretická část se zabývá Přístupem zaměřeným na klienta a Kanadským modelem výkonu zaměstnávání. Dále se práce zabývá Kanadským hodnocením výkonu zaměstnávání, především jeho psychometrickými vlastnostmi a využitím v různých oblastech klinické praxe. V neposlední řadě se diplomová práce zaměřuje na fyzické postižení specifikované na cévní mozkovou příhodu. Praktická část zkoumá využitelnost COPM u dospělých osob po prodělané CMP. Zaměřuje se na zhodnocení naměřených výsledků pomocí COPM pro oblast výkonu ADL a spokojenosti s výkonem ADL v souvislosti s výsledky dalších dvou hodnocení (testu Barthelové a dotazníku Subjektivní kvality života SQUALA).

Vypracování diplomové práce může přispět k rozšíření využívání české verze COPM v ergoterapeutické praxi v České republice. Ergoterapeuti by mohli ocenit, že jde o hodnocení výkonu a spokojenosti nejen v oblasti ADL, ale i v oblasti produktivity a volného času. Vzhledem k tomu, že je COPM vytvořené pro přístup zaměřený na klienta, může být také jednou z příčin, která poslouží k lepšímu pochopení tohoto přístupu.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Přístup zaměřený na klienta v ergoterapii

Přístup zaměřený na klienta byl upraven pro účely ergoterapie kanadskými ergoterapeuty v 80. letech 20. století (Krivošíková, 2011). Jedná se o důležitý přístup ve všech oblastech ergoterapeutické praxe, jelikož udává vzorec ergoterapii k zajištění skutečně holistického a individuálního přístupu ke každému klientovi (Sumsion, 1999).

V přístupu zaměřeném na klienta je každý člověk přicházející na ergoterapii označován pod pojmem **klient**, nikoli pacient. Základ přístupu tvoří spolupráce, partnerský vztah mezi terapeutem a klientem, klientova možnost rozhodovat se dle vlastního uvážení, a také prostředí, které na něho působí. Přístup zaměřený na klienta vychází z teorií Carla Rogerse, proto je ve vztahu terapeut-klient zdůrazňována empatie, respekt, aktivní naslouchání a pochopení motivace klienta. Klient se aktivně účastní terapie a rozhoduje o jejích cílech (Krivošíková, 2011). Aktivní účastí klienta na terapii se zabývají také Enemark Larsen, Rasmussen a Christensen (2018) a zároveň tvrdí, že je důležitým aspektem samotné rehabilitace.

Ergoterapeut v tomto přístupu klienta doprovází, nenarušuje jeho vlastní směr cesty a stanovené cíle klienta přijímá (Moon a Rice, 2012). I další autoři kladou důraz na důležitost respektování autonomie klienta a jeho preferencí (Phoenix a Verdenkaay, 2015).

Jak uvádí Mlinacová a Fengová (2016), výhodou přístupu zaměřeného na klienta je, že si klient sám zvolí smysluplnou činnost, kterou si přeje zlepšit, což ho může pozitivně ovlivnit a tím zlepšit nejen soběstačnost, ale také jeho kvalitu života.

Je velmi důležité, aby ergoterapeut před použitím přístupu zaměřeného na klienta zvážil, zda je vhodné u daného klienta tento přístup využít či nikoli (Sumsion, 1999).

1.1 Proces přístupu zaměřeného na klienta

Obecně je ergoterapeutický proces prováděn ergoterapeutem za účelem léčby a je velmi specifický (Krivošíková, 2011). Základem ergoterapeutického procesu je doporučení, se kterým klient na ergoterapii přichází. Dalším krokem bývá hodnocení stavu klienta spolu s diagnostikou, zvolení vhodného ergoterapeutického modelu praxe, stanovení cílů a plánů terapie, samotná terapie, zhodnocení terapie a propuštění klienta (Reed a Nelson Sanderson, 1999).

Proces přístupu zaměřeného na klienta se skládá z doporučení od lékaře, zhodnocení klientova stavu a sběru dat, určení cílů terapie, cesty k dosažení cílů a zhodnocení terapie. Role klienta ve všech bodech procesu je klíčová (Sumsion, 1999). Šiffelová (2010) dodává, že v celkovém procesu je velmi důležitý i terapeutův um zvolit vhodné terapeutické postupy a techniky.

Prvním krokem procesu přístupu zaměřeného na klienta je příchod klienta s doporučením na ergoterapii, kde se ergoterapeut spolu s klientem domluví na budoucím průběhu terapie. Na úvodním setkání je důležité, aby klient vyjádřil svůj pohled na svůj současný stav (Sumsion, 1999). Duncan (2011) považuje za důležité, aby byl celý ergoterapeutický proces doprovázen jasným a jednoduchým koncepčním rámcem pro to, jak přemýšlet o klientovi, ale zároveň i s ním samotným.

Ke zhodnocení stavu klienta slouží mimo jiné úvodní setkání. Na tomto setkání je klientovi také vysvětleno, proč je pro něho ergoterapie vhodná. Probírá se počet a délka sezení a klient by měl být seznámen s přístupem zaměřeným na klienta. Pro většinu klientů je tento přístup zcela nový, a proto bude zřejmě následovat diskuze. Efektivita celého procesu záleží na tom, jak klient pochopí smysl přístupu. Diskutuje se o klientově pohledu na problém, cílech a plánech, kterých by chtěl dosáhnout během terapie (Sumsion, 1999). Při zhodnocení klientova stavu dochází k pojmenování problémů a priorit v oblasti výkonu zaměstnávání. K získávání těchto informací může sloužit Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání. COPM je jakýmsi základem pro stanovení priorit pro budoucí ergoterapii (Law et al., 2008).

V dalším kroku procesu terapeut s klientem zaměřují na problémy a cíle, které vyvstaly z předchozího rozhovoru. Je důležité dát klientovi dostatek informací a času

k porozumění informacím a také možnost klást otázky. Klient si následně zvolí cíle terapie. Jedná se o nejdůležitější krok v celém procesu. Cíle musí být stanoveny a formulovány jasně, aby následně mohlo dojít k jejich zhodnocení. Klientovi by mělo být také sděleno, že se nemusí podařit stanovených cílů vždy dosáhnout. Na základě stanovených cílů se ergoterapeut s klientem domluví na dalším průběhu terapie (Sumsion, 1999). Zde je důležitou součástí právě navrhnutí vhodných metod, které poslouží k dosažení cíle (Krivošíková, 2011).

Čtvrtým krokem je navázání partnerského vztahu mezi ergoterapeutem a klientem k dosažení stanovených cílů. Během procesu k dosažení stanovených cílů by se měly průběžně zhodnocovat výsledky a postupně přehodnocovat cíle terapie (Sumsion, 1999). I Krivošíková (2011) uvádí, že je možné v průběhu procesu plán a cíle terapie upravovat.

Nakonec dochází k finálnímu zhodnocení výsledků proběhlé terapie a zhodnocení dříve stanovených cílů a změn, které během procesu nastaly. V této fázi je důležité také klientovo zhodnocení. Lze využít opět Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání, kde klient může zhodnotit svůj pokrok v oblasti výkonu zaměstnávání (Krivošíková, 2011; Sumsion, 1999). Klusoňová (2011) uvádí, že závěrečné vyšetření zhodnotí naplnění stanovených cílů a dochází k dalšímu doporučení pro klienta, rodinu apod.

1.2 Bariéry přístupu zaměřeného na klienta v praxi

1.2.1 Bariéry na úrovni terapeutů

První bariéra se týká bezpečnosti klienta. Ergoterapeuti mají zodpovědnost za to, aby zvolené cíle klientů byly bezpečné. Překážka může nastat například, když se klient seniorského věku rozhodne navrátit do domácího prostředí a žít samostatně. Tato situace může být ergoterapeutem vyhodnocena jako nebezpečná. Terapeut si může jako nebezpečnou situaci představit například pád klienta ze schodů, popálení při zapalování plynového sporáku, nebo nezvládnutí medikace. Nicméně pokud je ze strany ergoterapeuta zajištěno, že klient dostane jasné informace o možných rizicích a následcích a uvede, že informacím porozuměl, měl by ergoterapeut pomoci klientovi k dosažení stanoveného cíle navrátit se do domácího prostředí. V tomto případě by měl ergoterapeut zvážit zavedení takových opatření, aby bylo domácí prostředí tak

bezpečné, jak je to jen možné. Například při domácí návštěvě by měl ergoterapeut doporučit odstranění koberců, čímž se eliminuje potenciální možnost pádu klienta (Sumsion, 1999).

Další překážka může nastat, pokud terapeutovi chybí znalost přístupu zaměřeného na klienta, dále také pokud není sebejistý a nezná svoje dovednosti a schopnosti, které může poté využít při práci s klientem (Sumsion, 1999). I jiní autoři chápou jako překážku, pokud terapeut není dostatečně informován o přístupu zaměřeném na klienta, vzhledem k tomu, že vzdělání a zaškolení je jednou z neopomenutelných částí při zavedení přístupu do praxe (Wressle a Samuelsson, 2004). Důležitost zaškolení terapeutů při zavádění přístupu zaměřeného na klienta do praxe zdůrazňuje také Phoenix a Verdenkaay (2015).

Ergoterapeutův přístup pro využívání přístupu zaměřeného na klienta v praxi může ovlivňovat mnoho aspektů, například jeho osobní hodnoty a přesvědčení, které mají dopad na provádění úkonů v praxi. Překážka může nastat, když se terapeut neoprostí od svých vlastních, stejně jako od klientových přesvědčení a nepřístupuje k řešení problému profesionálně (Law et al., 1995 in Sumsion, 1999). Další bariéra může být v oblasti etiky. Klient může odmítat bezpečnostní opatření, které by pro něho bylo vhodné a umožnilo mu soběstačnost v domácím prostředí. Na druhé straně ergoterapeut by toto opatření přijal, přesto by do rozhodnutí klienta neměl zasahovat, jelikož by byl v rozporu s přístupem zaměřeným na klienta. Ergoterapeut by měl klientovi pouze vysvětlit rizika spojená s jeho rozhodnutím. Další překážka vzniká, pokud ergoterapeut nemá dostatečné komunikační schopnosti a není schopen klientovi předat nezbytné informace pro jeho rozhodování o cílech terapie (Sumsion, 1999).

1.2.2 Bariéry na úrovni klientů

V nemocničním prostředí za sebe většinou klient nechává rozhodovat nemocniční personál a překážka může nastat v případě, že se klient dostane k ergoterapeutovi a měl by přijmout zodpovědnost za vlastní chování a stanovení cílů terapie. Další bariéru může představovat také nevzdělanost klienta, který nemusí pochopit podstatu přístupu zaměřeného na klienta, nebo nechce přiznat, že neporozuměl poskytnutým informacím o přístupu (Sumsion, 1999).

Jedna ze studií poukazuje na to, že při samotném stanovování cílů terapie a výběru smysluplné činnosti, mohou být klienti ovlivněni tím, co je ve společnosti přijatelné, nebo co naopak přijatelné není, a mohou být ovlivněni také hodnotami okolí (Njelesani, Teachman, Durocher et al., 2015).

Klient může být natolik nemocný nebo unavený, že není schopen se samostatně rozhodovat. Nemusí být schopen sám řešit své problémy a určit si, čeho by chtěl v terapii dosáhnout; v tom případě by terapeut musel ke klientovi přistupovat direktivněji a více zasahovat do určování cílů, což by bylo v rozporu s přístupem zaměřeným na klienta. Další bariéra může vzniknout i v oblasti kulturních odlišností klienta (Sumsion, 1999). Problematika kulturních odlišností je zmiňována u mnoha autorů, může ovlivnit míru zapojení klienta do rozhodování o cílech terapie a aktivně se terapie účastnit (Law, et al., 2008).

1.2.3 Bariéry pracovního prostředí

Překážkou při zavádění přístupu zaměřeného na klienta do klinické praxe může být jeho časová náročnost (Phoenix a Verdenkaay, 2015). Jak uvádí Sumsionová (1999), Přístup zaměřený na klienta je sice velmi časově náročný, ale na druhou stranu mnohonásobně zvyšuje kvalitu poskytované péče. Z dlouhodobého hlediska by měl přístup zabírat méně času, jelikož se počítá s tím, že klient se postupem času naučí pracovat dle přístupu a rychleji tak rozhodovat o svých cílech a plánech terapie. Problematická může být také otázka financí, jelikož terapeut musí s klientem strávit více času a nemá tedy dostatek prostoru věnovat se i dalším klientům, kteří se účastní programu pracoviště.

Výše zmíněnou časovou náročnost zmiňují i další autoři. Někteří přidávají do bariér přístupu právě také omezenost finančních zdrojů a služeb v oblasti zdravotnické péče (Durocher, Kinsella, Ells et al., 2015).

Z hlediska multidisciplinární péče může být pro ergoterapeuta obtížné aplikovat přístup zaměřený na klienta, pokud ostatní členové týmu používají jiný přístup. Tato situace může být matoucí i pro samotného klienta, který nemusí vědět, podle koho se řídit (Sumsion, 1999).

1.2.4 Zhodnocení bariér

Aplikovat přístup zaměřený na klienta není jednoduché; ale v závěru je však nutné dodat, že vzhledem k tomu, jak je důležité zapojení klienta do procesu rozhodování o cílech terapie, není žádná z překážek nepřekonatelná (Sumsion, 1999).

Další autoři upozorňují na skutečnost, že v dnešní době může být problematická aplikace principu zaměřeného na dětské klienty, i když využití přístupu u této věkové skupiny podporují (Phoenix a Verdenkaay, 2015).

V roce 2000 byla napsána studie, která se zabývala bariérami přístupu zaměřeného na klienta a jejich řešením. Bariéry přístupu byly identifikovány pomocí literatury a dotazníků, které byly poslány 60 ergoterapeutům ve Spojeném království. Návratnost dotazníků byla 60 %. Výsledky ukázaly, že názory ergoterapeutů a klientů se liší v tom, co považují za bariéry přístupu. Z výsledků dotazníků vyplývá, že největší překážkou jsou jiné cíle klientů a terapeutů. Druhou největší bariérou byla skutečnost, že ergoterapeutům mohou bránit v přijetí klientových cílů vlastní hodnoty a přesvědčení. Jako třetí velké omezení se ukázalo, že se terapeuti necítí pohodlně, když si sami klienti volí své cíle. Dalšími dvěma bariérami, které přístup přináší, mohou být kulturní odlišnost a chápání rozdělení rolí u klienta a terapeuta. Řešením vzniklých bariér může být správný management a podpora pro využívání přístupu zaměřeného na klienta, nebo zapojení celého personálu pracoviště do využívání tohoto přístupu. Další možností může být poskytnutí dostatku času pro zcvik personálu v používání tohoto přístupu v praxi. Posledním nabídnutým řešením bylo vzdělávání v oblasti kulturní odlišnosti a v tréninku asertivity (Sumsion a Smyth, 2000).

Studie z roku 2001 se zabývala zavedením přístupu zaměřeného na klienta do klinické praxe. I když mnoho terapeutů již tehdy věřilo v principy přístupu zaměřeného na klienta, zdálo se složité tyto principy zavést do praxe. Ze studie vyplynuly problémy, které se během využívání přístupu zaměřeného na klienta objevily. Nebo jsou to bariéry na úrovni organizace, které poskytují terapii, dále bariéry terapeutů a samotných klientů. Na základě stanovených bariér byla navržena řešení. Organizace, terapeuti a klienti musí spolupracovat, aby bylo zajištěno vyřešení bariér. Ergoterapie, která je klientovi poskytována, by měla být individuální, koordinovaná, flexibilní s podporou a respektem. (Wilkins, Pollock, Rochon a Law, 2001).

Z nastudované literatury vyplývá, že se ergoterapeuti musejí potýkat s překonáváním různých bariér v zavádění a využívání přístupu zaměřeného na klienta. Roová, Brown, Thyerová (2019) považují za velké omezení celkové přijetí přístupu jak terapeutů, klientů, tak i pracovišť. Proto byl v roce 2003 vytvořen doporučený postup strategií pro překonání těchto bariér. Tento doporučený postup pomáhá ergoterapeutům zvážit, jaké bariéry se mohou objevit, a nabídnout jim řešení vzniklých překážek. Doporučení pro terapeutů bylo, aby pokračovali v přístupu zaměřeném na klienta a dále rozvíjeli strategie, které by mohly překonat další a další bariéry (Restall, Ripat a Stern, 2003).

Podle Enemarka Larsena, Rasmussena a Christensena (2018) lze využitím Kanadského hodnocení výkonu zaměstnávání v ergoterapii zdokonalit přístup zaměřený na klienta, a to konkrétně zlepšením povědomí o klientově perspektivě, o jeho přáních a nadějích do budoucna a také posílením partnerství mezi terapeutem a klientem.

1.3 Využití Přístupu zaměřeného na klienta v České republice

V České republice je nedostatek literatury k Přístupu zaměřeného na klienta. Udává se, že na českém trhu není dostatek děl z tvorby Carla Rodgerse ani od současných autorů, kteří se věnují novým myšlenkám tohoto přístupu (Šiffelová, 2010).

Existují dva instituty s akreditací, které poskytují výcvik přístupu zaměřeném na klienta v oblasti psychoterapie. Jeden institut se nachází v Brně a druhý v Praze (Šiffelová, 2010).

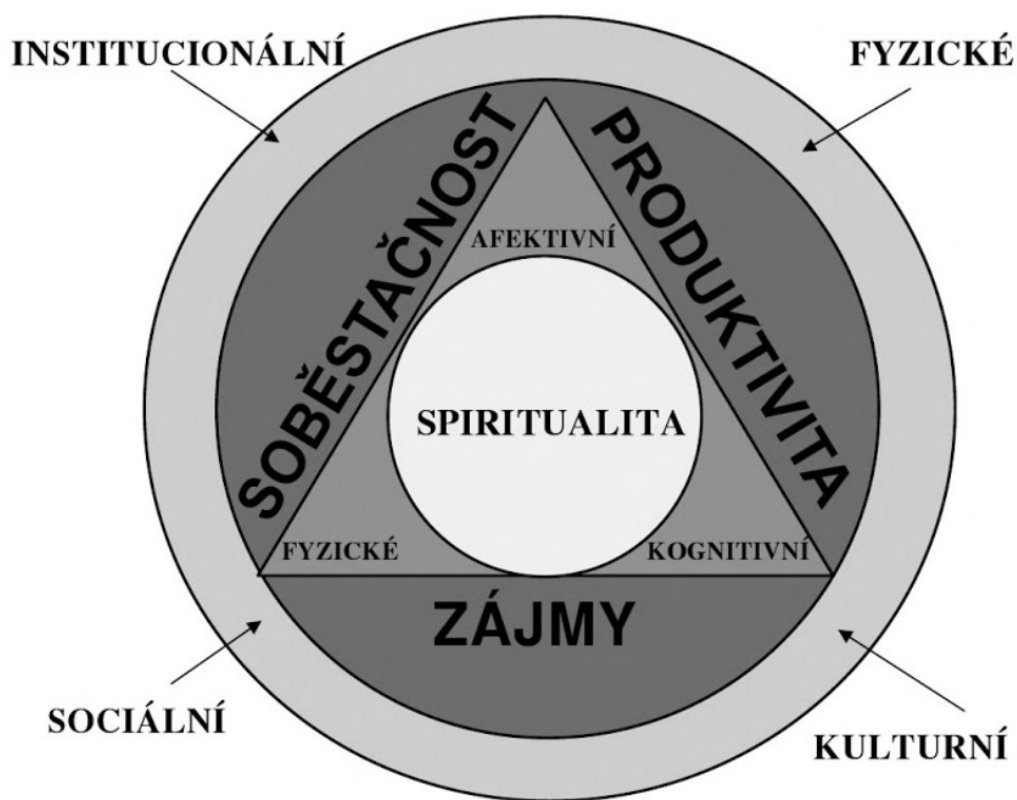
Přístup vznikl v Kanadě, jedná se tedy o západní model, který má v České republice jistá omezení plynoucí především z jiného kulturního prostředí (Krivošíková, 2011; Sumsion, 1999)

2 Kanadský model výkonu zaměstnávání

Kanadský model výkonu zaměstnávání (CMOP) byl vytvořen kanadskými ergoterapeuty a vychází z přístupu zaměřeného na klienta. Lze ho využít u klientů všech věkových skupin jak v klinické praxi, tak i v komunitní praxi. Před tím, než se ergoterapeut rozhodne pro využití CMOP v klinické praxi u daného klienta, měl by zvážit, jak bude model aplikován v jednotlivých etapách ergoterapeutického procesu, aby odpovídal přístupu zaměřenému na klienta (Krivošíková, 2011; Sumsion, 1999).

Obrázek 1 je schématem CMOP a znázorňuje dynamický vztah mezi prostředím, osobností a zaměstnáváním (Krivošíková, 2011).

Obrázek 1 Schéma Kanadského modelu výkonu zaměstnávání



Zdroj: CAOT, 1991 in Krivošíková, 2011

Podstata celého modelu je spiritualita, která je základem bytí, dává smysl každodennímu životu, je základem akce a vnitřní hnací síly klienta. V úvahu jsou brány kulturní i osobní hodnoty klienta (Law et al., 2008; Krivošíková, 2011). Pokud má být ergoterapie dostatečně kvalitní, musí uznávat spiritualitu člověka jako důležitou součást každodenního života (Christiansen, 1997 in Sumsion, 1999). Spiritualita je v reálném životě součástí všech komponent Kanadského modelu výkonu zaměstnávání. Nikdo netvrdí, že by měl být ergoterapeut schopen řešit všechny klientovi spirituální potřeby, ale je důležité přiblížit se alespoň pochopení těchto potřeb. Ergoterapeut tedy musí naslouchat potřebám klienta a zajímat se o jeho vnitřní sílu (Sumsion, 1999).

Při využívání Kanadského modelu výkonu zaměstnávání, je v ergoterapii velmi důležitá již výše zmíněná spiritualita, motivace, vztah terapeuta a klienta, proces učení a samozřejmě také etika (Krivošíková, 2011).

2.1 Komponenty výkonu zaměstnávání

V rámci Kanadského modelu výkonu zaměstnávání je výkon zaměstnávání pro každého člověka charakteristický a není závislý na jeho postižení, věku či pohlaví. Je ale závislý na interakci mezi **jedincem, prostředím a zaměstnáváním**. Jedinec, prostředí a zaměstnávání jsou jednotlivé komponenty výkonu zaměstnávání (Law et al., 2008). Tyto komponenty dělají člověka unikátním a musí být zváženy ve vztahu k výkonu zaměstnávání (Sumsion, 1999).

2.1.1 Jedinec

V Kanadském modelu výkonu zaměstnávání je jedinec definován třemi složkami, a to **fyzickou, afektivní a kognitivní** (Law et al., 2008). Tyto složky jsou na sobě navzájem závislé a ergoterapeut je musí brát při ergoterapii v potaz (Sumsion, 1999).

Fyzická složka představuje konání člověka a zahrnuje senzorické, senzomotorické a motorické funkce (Krivošíková, 2011).

Kognitivní složka zahrnuje myšlení, tedy všechny mentální funkce. Jedná se o kognitivní a intelektuální funkce včetně vnímání, koncentrace, paměti, porozumění, úsudku a uvažování (CAOT, 1997 in Sumsion, 1999). Krivošíková (2011) do kognitivní složky řadí dále také posloupnost, pozornost, řešení problémů, motivaci a řeč. Pokud je kognitivní složka jedince narušena, může to znamenat problém uvědomování si

vlastních problémů a následně také v oblasti stanovování dosažitelných cílů terapie Shang-Yu, Chung-Ying, Ya-Chen et al., 2017).

Afektivní složka zahrnuje všechny sociální a emocionální funkce a zahrnuje interpersonální a intrapersonální faktory (CAOT, 1997 in Sumsion, 1999). Jak uvádí Krivošíková (2011), tato složka je tvořena pocity.

2.1.2 Prostředí

Komponenta prostředí se skládá ze složky **fyzické, sociální, institucionální a kulturní** (Law et al., 2008). Krivošíková (2011) tvrdí, že prostředí má vliv na všední denní činnosti. I Sumsion (1999) uvádí, jak je důležité pamatovat na to, že lidé jsou spojeni s prostředím, a to má dopad na řešení problematických situací při provádění každodenních činností.

Fyzické prostředí tvoří lokalita, kde jedinec žije, vybavení bytu, okolní budovy, ale také například klima a nejrůznější technologie (Kolář et al., 2009; Krivošíková, 2011).

Sociální prostředí je tvořeno společnými zájmy, sociálními skupinami, mezilidskými vztahy, postoji, anebo také zájmy (Krivošíková, 2011).

Institucionální prostředí je souborem formálních zákonů, pravidel, směrnic, zvyků, tradic a také norem, které utvářejí a usměrňují aktivitu a chování lidí (Hučka, Kislingerová a Malý, 2011).

Kulturní prostředí tvoří mimo jiné národní příslušnost, rutina, zvyky, anebo kulturní hodnoty (Krivošíková, 2011).

2.1.3 Zaměstnávání

Komponenta zaměstnávání je rozdělena do tří skupin, což je **soběstačnost, produktivita a volný čas** (Law et al., 2008).

Oblast soběstačnosti zahrnuje aktivity, které jsou důležité pro nezávislost a sebeobsluhu jedince a zahrnuje také funkční mobilitu. Oblast soběstačnosti může být označována také pod pojmem všední denní činnosti (ADL). ADL jsou typické pravidelností a automaticností, která má vztah k určitým rituálům a jsou součástí návyků jedince. Jsou rozděleny na personální všední denní činnosti (P ADL) a

instrumentální všední denní činnosti (I ADL). Personální všední denní činnosti jsou tvořené každodenními činnostmi, jako je osobní hygiena, oblékání, svlékání, příjem jídla a pití, koupání nebo vyměšování. Odpovídají základním biologickým potřebám jedince. Pod instrumentální všední denní činnosti patří komplexnější aktivity v domácnosti, ale také v rozsáhlejší prostředí komunity. Do I ADL se řadí úklid, praní, nakupování, příprava jídla, vedení a hospodaření v domácnosti, nebo dopravních prostředků, příprava léků a také funkční komunikace. Do funkční komunikace je řazeno psaní, používání počítače a telefonování (Krivošíková, 2011).

Do oblasti produktivity patří aktivity, které jsou nezbytné pro obživu jedince, nebo k jeho životu přispívají sociálně, či ekonomicky. Nepatří sem pouze placené zaměstnání, ale vše díky čemuž se klient cítí produktivní. Například dobrovolnictví, ale také vedení domácnosti nebo například vzdělání (Krivošíková, 2011).

Volný čas tvoří zájmy, které jedinec činí pro potěšení a pro zábavu, do zájmů patří také sociální vztahy a rekreace. Ergoterapeut by se měl při ergoterapeutické intervenci zaměřit na trénink v efektivním zaplnění volného času klienta, v oblasti jeho rodinných vztahů a rolí, které má naplňovat (Sumsion, 1999).

2.2 Revize Kanadského modelu výkonu zaměstnávání

Samotný Kanadský model výkonu zaměstnávání byl v roce 2007 upraven a dostal nový název Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E) (Krivošíková, 2011). Duncan (2011) uvádí, že oba modely jsou v souladu s přístupem zaměřeným na klienta. Důležitým faktorem tohoto modelu, který se využívá u všech typů diagnóz, je zaměření na klientovi kognitivní, afektivní a fyzické schopnosti v rámci prostředí, ve kterém se nachází. Model lze využít ve výzkumech a na konferencích.

Revidovaný model vznikl na základě nepochopení pojmu “výkon zaměstnávání”. V praxi to znamenalo, že nedocházelo k určení problémů ve výkonu zaměstnávání klienta. Především u starších jedinců nebyly identifikovány žádné problémy, jelikož jejich očekávání výkonu zaměstnávání bylo již zřejmě přizpůsobeno jejich sníženým schopnostem. Hlavní myšlenou je snaha o zapojení osob do zaměstnávání navzdory svým omezením. Z revidovaného modelu plyne, že si klienti,

díky němu, více uvědomují své problémy a dokáží je i lépe identifikovat (Griffith, Caron, Desroisiers a Tribeault, 2007 in Enemark Larsen a Carlsson, 2012; Borrel, Lilja, Svidén a Saldo, 2001 in Enemark Larsen a Carlsson, 2012).

Enemark Larsen a Carlsson (2012) tvrdí, že rozlišení mezi výkonem zaměstnávání a zapojením do zaměstnávání je složité pochopit. Ergoterapeuti se snažili roky vyjasnit pojem zaměstnávání a výkon zaměstnávání. Proto byl vytvořen revidovaný model a zaveden v něm pojem zapojení, který zahrnuje vše, co klient dělá, do čeho se zapojuje a čeho se účastní.

3 Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání

Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání (COPM) je hodnocení, které bylo vytvořeno pro ergoterapeuty tak, aby bylo v souladu s přístupem zaměřeným na klienta (Sumsion, 1999). Proto je v něm využíván výhradně pojem **klient**. COPM je hodnotící nástroj Kanadského modelu lidského zaměstnávání (Krivošíková, 2011). V roce 1990 prováděli autoři Pollocková, Baptistová a Lawová et al. (1990) studii, která se zaměřuje na hodnocení zaměstnávání, vycházející z přístupu zaměřeného na klienta. Výsledky studie poukázaly na nedostatky v oblasti hodnocení zaměstnávání u dosud dostupných hodnocení. Bylo tedy potřeba vytvořit validní a reliabilní hodnocení, které hodnotí celkovou sféru zaměstnávání klienta, včetně jeho prostředí. Z tohoto důvodu bylo vytvořeno nové hodnocení, konkrétně Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání, které má mnoho pozitivních vlastností.

V roce 1994 byla prováděna rozsáhlá pilotní studie ohledně COPM. Studie se účastnilo 268 klientů v Kanadě, na Novém Zélandu, v Řecku a Velké Británii. Výsledky ukázaly, že administrace COPM trvá v průměru 30 minut. Dále výsledky ukázaly, že je COPM schopno identifikovat široký rozsah problémů s výkonem zaměstnávání. Autoři se také zmiňují o možnosti využití COPM pro hodnocení změny ve vnímání výkonu zaměstnávání v průběhu času (Law, Polatajko, Pollock et al., 1994).

COPM je zaměřeno na tři oblasti výkonu zaměstnávání, které vyplývají z Kanadského modelu výkonu zaměstnávání, jedná se o **soběstačnost, produktivitu a volný čas**. Hodnocení pomáhá jedinci identifikovat situace a činnosti, které vnímá jako problémové, či obtížné (Duncan, 2011).

Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání umožňuje hodnocení vlastního vnímání obtíží jedince. Klient si v tomto semistrukturovaném rozhovoru formuluje výkon zaměstnávání ve smyslu svých schopností provádět zaměstnávání a zároveň také ve smyslu spokojenosti s tímto výkonem (Law et al., 2008).

I v tomto hodnocení jsou klienti rovnocennými partnery terapeutů při sestavování ergoterapeutických plánů a stanovování cílů terapie a jsou i oni v určité míře zodpovědní za vlastní chování (Krivošíková, 2011).

3.1 Administrace COPM

COPM se zaměřuje na oblast výkonu zaměstnávání a je standardizované hodnocení, které má specifické instrukce, metody administrace a bodování. Je vhodné ho využívat jako vstupní rozhovor, jelikož dává najevo partnerství mezi terapeutem a klientem. Klient si při hodnocení výkonu zaměstnávání může zvolit činnosti ze tří kategorií výkonu zaměstnávání, konkrétně jde o soběstačnost, produktivitu a volný čas. Není ovšem nutné, aby klient určil problém ve všech třech oblastech výkonu zaměstnávání. Při odhalení problému ve výkonu zaměstnávání se klient zaměřuje na dvě hlavní oblasti, na samotný výkon zaměstnávání a spokojenost s tímto výkonem. Obě oblasti jsou hodnoceny na desetistupňové škále. Ve výsledku může být dohromady v oblasti výkonu a spokojenosti s výkonem posuzováno až 5 individuálních problémů ve sféře soběstačnosti, produktivity a volného času. Konečným výsledkem je průměrné skóre vypočítané z obou oblastí zvlášť, a to součtem jednotlivých skóre vybraných problémů zaměstnávání, dělených počtem problémů (COPM, 2019; Law et al. 2008; Sumsion, 1999).

Výsledné skóre jedné osoby, nelze porovnat s druhou, z čehož plyne, že COPM není hodnocením, kde by byly posuzovány výsledky pomocí referenčních norem. Taková norma neexistuje. Srovnání výsledků by nebylo v souladu s teoretickými podklady COPM. Jediným smysluplným srovnáním výsledků jsou změny v průběhu času, tzn. srovnání mezi vstupním a kontrolním vyšetřením (COPM, 2019; Law et al. 2008).

3.2 Psychometrické vlastnosti COPM

3.2.1 Reliabilita

Jak uvádí Lawová et al. (2008), pro COPM je důležitá pouze stabilita hodnocení, tedy test-retest. Sumsionová (1999), tvrdí, že COPM má významnou test-retest reliabilitu. Při vnitrotřídní korelaci pro výkon zaměstnávání se hodnota pohybovala od 0,63 do 0,80 a pro spokojenost s výkonem se hodnota pohybovala v rozmezí od 0,75 do 0,89. Mnoho studií se zabývalo spolehlivostí COPM a prokázaly rozumnou míru reliability jako vnitřní konzistence. Test-retest reliabilita byla shledána značně nad hranicí přijatelnosti, konkrétně nad 0,80 (COPM, 2019, Law et al., 2008).

COPM poskytuje stabilní výsledky v průběhu času a lze ho opakovaně využít u stejného klienta (Law et al., 2008).

3.2.2 Validita

Dle mnoha autorů je COPM validním nástrojem pro hodnocení zaměstnávání. U COPM byla dokázána obsahová, kritériální a konstruktová validita pro klinickou praxi (COPM, 2019; Sumsion, 1999).

Obsahová validita je platná, pokud test zkoumá to, co bylo záměrem zkoumání. Kritériální validitu lze stanovit na základě shodných výsledků s jiným hodnocením nebo kritériem (Evangelu, Neubauer 2014; Law et al., 2008). Roeová, Brown a Thyerová (2019) potvrzují obsahovou i kritériální validitu ve studii týkající se rehabilitace u klientů v subakutní fázi onemocnění.

Konstruktová validita je prokázána v případě, že výsledky testu odpovídají teoreticky stanovenému konstrukt (Law et al., 2008). Tuntland, Aaslund, Langel et al. (2016) se zabývali konstruktovou validitou COPM a uvádějí, že byla shledána jako adekvátní. Van de Ven-Stevensová, Graffová, Petersová et al. (2015) podpořily konstruktovou validitu COPM u osob po poranění šlach a při dupuytrenově kontraktuře. Otázkou konstruktové validity se zabývá i další studie, která podporu tvrzení, že COPM je validní hodnocení nejen pro oblast výkonu sebeobslužné péče, ale také produktivity a volného času (Dedding, Cardol, Eyssen et al., 2004). Naopak ve studii z roku 2014, která probíhala u klientů s chronickou bolestí, však nebyla tato validita prokázána. Studie zkoumala konstruktovou validitu a schopnost reagovat na změnu ve výkonu zaměstnávání. Autorům se nepodařilo najít dostatečné důkazy o tom, že COPM zjišťuje změny ve výkonu zaměstnávání u klientů s chronickou bolestí (Nieuwenhuizen, de Groot, Janssen, et al., 2014).

3.3 Klinická využitelnost COPM

COPM vychází z Kanadského modelu výkonu zaměstnávání na různých klinických pracovištích v různých jazycích (COPM, 2019). COPM není zaměřeno na specifickou diagnózu, a proto lze využít u širokého spektra klientů (Sumsion, 1999). Pokud jedinec není schopen sám poskytnout informace, zohledňují se informace od pečovatелů či rodiny. Hodnocení je navíc použitelné, za upravených podmínek,

v nejrozličnějších zemích světa (Law et al., 2008). COPM se využívá u klienta jako jednotlivce, nebo může být využito v situacích, kdy klientem není jedinec, nýbrž organizace (Sumsion, 1999).

3.3.1 Využití COPM v různých oblastech klinické praxe a u různých typů diagnóz

COPM je možné použít v mnoha oblastech klinické praxe například v pediatrii, neurologii, geriatrii a dalších oblastech u nejrozličnějších diagnóz. Lawová et al. (2008) navíc dodávají, že využití COPM není omezeno věkem.

V klinické praxi u dětí je COPM využíváno pro rozmanitý druh diagnóz. Darrahová, Lawová, Pollocková et al. (2011) ve studii, která se zabývala novými intervenčními přístupy u dětí s dětskou mozkovou obrnou, využili COPM jako první krok pro definování cílů. Výhodou využití COPM bylo, že umožnilo zapojení rodičů diagnostikovaných dětí do stanovování cílů terapie a umožnilo jim tak stanovit cíle důležité v rámci celé rodiny. COPM lze dále v pediatrii využít pro srovnání jednotlivých terapeutických metod a intervencí. Boyd, Ziviani, Sakzewski et al. (2013) využili COPM v randomizované studii jako jeden z nástrojů pro srovnání terapeutických metod. Studie byla zaměřena na srovnání efektivity Constraint-induced movement therapy (CIMT) a bimanuálního tréninku u dětí s vrozenou hemiplegií. Také Dunnová, Coxová, Fosterová et al. (2012) využili COPM k měření vlivu vybrané ergoterapeutické intervence u dětí s poruchami autistického spektra. Pro zhodnocení vlivu rehabilitace v pediatrii obecně, je COPM velmi vhodné, jelikož je schopné reagovat na změnu v průběhu času. Popisovanou výhodou COPM byla také rychlá administrace. Navíc je COPM dostatečně flexibilní, aby se přizpůsobilo požadavkům rodině pediatrického klienta (Cusick, McIntyre, Novak et al., 2006).

COPM se dále využívá také v neurologii. U klientů po cévní mozkové příhodě umožňuje identifikovat jejich potřeby a problémy se zaměstnáváním, které nemohou být získány jiným standardizovaným hodnocením. Dále COPM poskytuje terapeutům pokyny týkající se budoucí terapeutické intervence a je vhodné do klinické praxe u klientů po CMP, právě pro hodnocení výsledků terapie COPM ovšem není vhodné pro klienty, kteří mají kognitivní deficit. Ten může ovlivnit stanovené cíle klienta, které tím pádem nemusí být dosažitelné (Cup, Scholte, Reimer et al., 2003; Shang-Yu, Chung-Ying, Ya-Chen et al., 2017).

Oblast geriatrické rehabilitace je další možností, kde lze aplikovat COPM. Jedna ze studií nevyvrací, že je COPM vhodné k hodnocení a identifikaci problémů se zaměstnáváním a zhodnocení výsledků proběhlé ergoterapie, ale poukazuje na to, že tuto praxi podporuje jen málo empirických důkazů (Colquhoun, Letts, Law et al., 2012). Geriatrickou rehabilitací se zabývala i další studie, ze které vyplývá, že COPM může být užitečné hodnocení při vstupním vyšetření a při hodnocení výsledků rehabilitace geriatrických klientů. Nicméně uvádí, že pro úspěšnou aplikaci COPM v kontextu interdisciplinární geriatrické rehabilitace, je pro terapeuty důležité mít vzdělání v rámci COPM a vědět, jaká je jeho administrace (Enemark Larsen, Carlsson, 2012).

V oblasti rehabilitace klientů v subakutní fázi onemocnění je COPM efektivním hodnocením výsledků proběhlých intervencí. Potvrzuje se zde také míra zodpovědnosti klienta za vlastní pokrok a za výsledky terapie. Klienti byli více motivováni a zapojeni do stanovování cílů terapie. Sami klienti hodnotili COPM jako přínosné, jelikož mají větší důvěru ve své schopnosti a větší motivaci k dosažení svých cílů (Roe, Brown a Thyer, 2019).

Van De Ven-Stevensová, Graffová, Petersová et al. (2015) uvádí, že COPM se zdá být vhodné hodnocení i po poranění šlach ruky a dupuytrenovy kontraktury. V této oblasti COPM velmi dobře slouží k vyhodnocení výsledků proběhlé terapie.

COPM lze využít také k zhodnocení vlivu kompenzačních pomůcek na výkon a spokojenost s výkonem všedních denních činností. Kjekken, Darrová, Smedslund et al. (2011) využili COPM pro zhodnocení spokojenosti s kompenzačními pomůckami u klientů s osteoartritidou ruky. Zhodnocení probíhalo po 3 měsících a COPM odhalilo zlepšení výkonu i spokojenosti s výkonem zaměstnávání vlivem kompenzačních pomůcek.

COPM nemusí být využíváno pouze u fyzického postižení. U smyslových vad, konkrétně u poruch zraku, může pomoci s přesným zhodnocením klientových potřeb pro výkon zaměstnávání. Přesné zhodnocení těchto potřeb usnadní výrobu kompenzačních pomůcek na míru klienta (Petty, McArthur a Treviranus, 2005).

U klientů s chronickou bolestí může být COPM užitečné pro strukturování problémů klienta a stanovování konkrétních cílů terapie (Nieuwenhuizen, de Groot, Janssen, et al., 2014).

Výsledky jiné studie podporují využití COPM v klinické praxi, konkrétně pro oblast duševního zdraví, zejména u starších dospělých s depresivními stavy (McNulty a Beplat, 2008).

3.3.2 Shrnutí využitelnosti COPM

McCollová, Baptistová, Lawová et al. (2005) potvrzují, že se COPM dokáže přizpůsobit různým diagnózám, účelům i klientům.

COPM poskytuje informace, které nemohou být získány jiným současným standardizovaným nástrojem pro měření zdraví (Dedding, Cardol, Eyssen et al., 2004). I Cup, Scholte, Reimer et al. (2003) uvádí, že COPM je cenným nástrojem při rehabilitaci zaměřené na klienta a skutečně se zaměřuje na problémy a potřeby jednotlivce. Stuberová a Nelson (2010) popisují, že pro přístup zaměřený na klienta i pro ergoterapii poskytuje užitečné údaje právě Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání.

COPM se může využít i jako screeningový nástroj k určení, zda klient požaduje služby ergoterapeuta. Při vstupním vyšetření může pomoci porozumět problémům v oblasti zaměstnávání (Sumsion, 1999). Jak uvádí Chisholm, Dolhiová a Schreiber (2004), COPM může pomoci identifikovat a upřednostnit konkrétní činnost z oblasti zaměstnávání, kterou klient potřebuje, nebo chce dělat a je od něho očekávána. Dokáže dokonce ovlivnit pozornost klientů, což může usnadnit proces jejich sebeuvědomění a tím i porozumění jejich problémům (Enemark Larsen, Rasmussen, Christensen, 2018).

Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání bylo vytvořeno pro hodnocení výstupů terapie a umožňuje zaznamenat změny, které během terapie vznikly (Law et al., 2008). Další studie potvrzuje, že COPM je individualizované, na klienta zaměřené hodnocení, které je citlivé na změny ve všech oblastech výkonu zaměstnávání a spokojenosti s výkonem zaměstnávání v problematických situacích každodenního fungování klienta. I tato studie svými výsledky potvrzuje, že COPM je spolehlivé a platné hodnocení změn ve oblasti zaměstnávání klienta v průběhu času (Eyssen, Steultjens, Oud et al., 2011).

4 Fyzické postižení

Ergoterapeutický proces se u fyzického postižení skládá z všeobecně platných postupů, což je identifikace problému, jeho řešení a vyhodnocení výsledků terapeutického procesu (Radomski a Trombly, 2008). Tělesné postižení má podle Novákové (2011) negativní vliv na sebeobslužné schopnosti člověka a na zajištění těchto základní potřeb. Nejčastěji uváděnými ADL, na které má vliv tělesné postižení, jsou například příprava jídla, domácí práce, přesuny, sprchování, oblékání a jedení (Winters a Story, 2006). V různé míře přichází závislost na pomoci jiných osob, ale na druhé straně umožňuje tělesné postižení nejdosažitelněji integraci do společnosti (Nováková, 2011).

Fyzické postižení lze klasifikovat podle doby vzniku na vrozené, nebo získané. Spočívá v orgánovém nebo funkčním postižení hybného aparátu, vnitřních orgánů nebo nervového systému v takové míře, že dochází k poruchám fyziologických a psychických funkcí (Arnoldová, 2015). Poruchy tělesných funkcí ovlivňují nejen pohyb nemocného, ale mohou ovlivnit také samotnou koordinaci. Mnoho lidí s fyzickým postižením potřebuje kompenzační pomůcky pro nahrazení ztracené funkce (Smart, 2011).

Při hodnocení fyzického postižení je důležité se zaměřit na všechny složky, ve kterých se fyzické postižení může projevit, což je podle Arnoldové (2015) nejen porucha hybnosti, ale s ní související poruchy fyziologické, sociální, psychické, kognitivní a také problém ve vytváření sociálních vztahů.

Winters a Story (2006) tvrdí, že poruchy tělesných funkcí mají vliv na pohyb a celkovou mobilitu jedince. Existuje celá řada onemocnění, které způsobuje tyto poruchy, patří mezi ně například artritida, amyotrofická laterální skleróza, dětská mozková obrna, roztroušená skleróza, chronická bolest, svalová dystrofie, poranění míchy (paraplegie, kvadruplegie), úrazy a v neposlední řadě také cévní mozková příhoda (Smart, 2011; Winters a Story, 2006).

4.1 Cévní mozková příhoda

Cévní mozková příhoda (CMP), nebo také iktus, je náhle vzniklá porucha mozku, je způsobena poruchou cerebrální cirkulace, v 80 % ischemií a ve 20 % hemoragií. Bývá především ložisková, méně často globální (Ambler, 2011).

4.1.1 Ischemická cévní mozková příhoda

Ischemické cévní mozkové příhody jsou dále děleny dle časového průběhu na tranzitorní ischemické ataky, reverzibilní ischemické neurologické deficity, vyvíjející se příhody a dokončené ischemické příhody. Symptomatika tranzitorní ischemické ataky kompletně mizí do 24 hodin, nejčastější doba trvání je do 1 hodiny. Označuje se také jako malý iktus, jelikož je varováním před hrozící cévní mozkovou příhodou. Reverzibilní ischemický neurologický deficit trvá déle, cca 3 týdny, poté dochází ke kompletní úpravě. Symptomatika vyvíjející se cévní mozkové příhody je nestabilní. Dokončený iktus je konečným stádiem (Ambler, 2011; Seidl, 2008).

Příčinou ischemické cévní mozkové příhody může být uzávěr cévy trombem nebo embolem, nebo také hypoperfúze (Ambler, 2011).

4.1.2 Hemoragická cévní mozková příhoda

Hemoragická cévní mozková příhoda vzniká spontánním nitrolebečním krvácením a oproti ischemické příhodě je zatížená vyšší úmrtností (Kalvach, 2010; Kolář et al., 2009).

Nejčastější hemoragií je intracereberální, která zaujímá cca 15 %, méně častá je hemoragie subarachnoideální, představuje přibližně 5 %, nejméně častá jsou krvácení intraventrikulární, objevující se v 1 % případů (Kalvach, 2010).

4.1.3 Stádia cévní mozkové příhody

CMP se v průběhu času vyvíjí. Je dělena na 4 stádia, která se však překrývají a nelze je proto striktně oddělit. Prvním stádiem je stádium akutní, kdy převládá svalová hypotonie. Druhé stádium se nazývá subakutní, kde se rozvíjí a dominuje spasticita. Následuje stádium relativní úpravy, kdy se stav po CMP zlepšuje. Poslední stádiem je stádium chronické, při kterém již nedochází ke zlepšování stavu (Kolář et al., 2009).

4.1.4 Cévní mozková příhoda v číslech

V Evropě se na počátku 21. století incidence cévní mozkové příhody pohybovala od 95 do 290 případů na 100 000 obyvatel a míra úmrtnosti byla v rozmezí od 13 % do 35 % všech postižených. Přibližně u 1,1 milionu obyvatel ročně se vyskytla jedna z forem cévní mozkové příhody. Vzhledem k tomu, že populace v Evropě stárne, lze očekávat, že dojde k dramatickému nárůstu cévních mozkových příhod ještě během první poloviny 21. století. Přetrvávající problémy spojené s CMP ovlivňují následnou kvalitu života nemocného (Béjot, Bailly, Durier a Giroud, 2016). S kvalitou života je úzce spjato štěstí, životní spokojenost a životní pohoda člověka (Phillips, 2006).

Socioekonomické nerovnosti ovlivňují riziko mrtvice napříč zeměmi. Odhaduje se, že lidé v nízké socioekonomické třídě mají přibližně 2,5krát vyšší riziko vzniku cévní mozkové příhody, než lidé v nejvyšší společenské třídě, a to i po přihlédnutí k proměnným jako jsou stravovací návyky, kouření a nedostatek pohybu (Williams, Perry, Watkins, 2019).

Polovina přeživších po cévní mozkové příhodě je nadále těžce handicapována a odkázána na trvalou péči rodiny, nebo péči ústavní (Kolář et al., 2009). Bylo zjištěno, že dobrý neurologický stav po cévní mozkové příhodě je významným faktorem pro možnost včasného navrácení klienta do práce (Hofgren et al., 2007).

4.1.5 Shrnutí

Cévní mozková příhoda byla vybrána z toho důvodu, že v evropských zemích je právě cévní mozková příhoda devastujícím onemocněním i v současné době. Incidence cévní mozkové příhody je v České republice velmi častá, cca 350 vzniklých onemocnění na 100 tisíc obyvatel. Udává se, že až polovina přeživších osob po cévní mozkové příhodě žije nadále s různým typem handicapu. Je velmi důležité lépe porozumět rizikovým faktorům CMP tak, aby se zlepšila primární i sekundární prevence. Důležitý je také vývoj akutní péče a terapeutických strategií pro postižené cévní mozkovou příhodou, zejména pro seniory (Béjot, Bailly, Durier a Giroud, 2016; Kolář et al., 2009).

Komplexní rehabilitační program je vhodné sestavit tak, aby ovlivňoval všechny neurologické poruchy a problémy, které se u jedince po prodělané CMP objeví. Je

důležité si uvědomit, že rehabilitace má v této oblasti dominantní úlohu (Kolář et al., 2009).

Ergoterapeuti ve své praxi běžně přicházejí do styku s klienty po CMP. Klusoňová (2011) doporučuje, pro ergoterapeutickou intervenci, mít u klientů po CMP za cíl dosažení maximální míry soběstačnosti v souladu s jejich zdravotním stavem a poskytnout jim podmínky pro jejich celkovou pohodu; je důležité začít s tréninkem již v akutní fázi.

V České republice v oblasti ergoterapeutické praxe obecně chybí subjektivní hodnocení, nejen u klientů po CMP. Takové hodnocení, které by pomohlo klientovi se stanovováním jeho problémových činností a cílů následné terapie. Tyto požadavky splňuje dle Duncana (2011) hodnocení COPM. Ovšem pro klinickou praxi je velkým omezením využívání COPM požadavek celkově přijmout přístup zaměřený na klienta, ze kterého COPM vychází. Dále také nedostatek času a nízká podpora využívání COPM v nemocnicích (Roe, Brown a Thyer, 2019).

PRAKTICKÁ ČÁST

5 Předmět praktické části diplomové práce

Fyzické postižení zahrnuje velké množství osob, se kterými může ergoterapeut ve své praxi pracovat. Zároveň také zahrnuje rozmanité problémy při provádění všedních denních činností. Všední denní činnosti jsou pro ergoterapeuty hlavním polem působnosti pro jejich důležitost v dosažení soběstačnosti jedince v jeho osobním i domácím prostředí (Krivošíková, 2011).

V České republice jsou ergoterapeuty využívány různé testovací metody pro hodnocení všedních denních činností. Využívá se například Funkční míra nezávislosti nebo Katzův test každodenních činností (Kolář et al., 2009). Podle mého názoru jsou nedostatečné, jelikož se nezaměřují na zaměstnávání jako na celek a nejsou schopny brát v úvahu individuální přání a potřeby jedince.

Diplomová práce se zaměřuje na to, zda je česká verze Kanadského hodnocení výkonu zaměstnávání vhodná pro využití v klinické praxi u fyzického postižení specifikovaného na cévní mozkovou příhodu. Jde o srovnání české verze COPM s indexem Barthelové pro výkon ADL a s českou verzí Subjektivní kvality života SQUALA pro spokojenost s výkonem ADL.

6 Cíl práce

Cílem diplomové práce je zhodnocení klinické využitelnosti COPM v oblasti výkonu soběstačnosti a v oblasti spokojenosti s tímto výkonem u dospělých osob s fyzickým postižením.

K naplnění cíle vede korelace výsledků české verze Kanadského hodnocení výkonu zaměstnávání v obou jeho částech, v oblasti výkonu ADL s indexem Barthelové a v oblasti spokojenosti s ADL s českou verzí Dotazníku subjektivní kvality života SQUALA.

7 Výzkumné hypotézy

Pro tuto diplomovou práci byly stanoveny dvě následující výzkumné hypotézy.

Hypotéza 1

H1: Skóre výkonu COPM v oblasti soběstačnosti má vztah se skóre indexu Barthelové u dospělých osob s fyzickým postižením.

Hypotéza 2

H2: Skóre spokojenosti s výkonem COPM má vztah se skóre dotazníku SQUALA u dospělých osob s fyzickým postižením.

8 Metodologie

8.1 Typ výzkumu

Diplomová práce je kvantitativního charakteru. Dle typu zpracovávaných dat, v závislosti na menším výzkumném vzorku jde v této diplomové práci o kvantitativní předvýzkum.

Dle stanoveného cíle diplomové práce jde o zhodnocení klinické využitelnosti české verze Kanadského hodnocení výkonu zaměstnávání v oblasti výkonu soběstačnosti a v oblasti spokojenosti s tímto výkonem u dospělých osob s fyzickým postižením.

Tato diplomová práce je korelační studií, která hodnotí vzájemné vazby výsledků české verze COPM, indexu Barthelové a české verze dotazníku SQUALA.

8.2 Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek byl tvořen 40 dospělými klienty s fyzickým postižením. Výběr klientů pro předvýzkum byl účelový. Kritéria pro zařazení do předvýzkumu a pro vyloučení z předvýzkumu jsou uvedeny níže.

Fyzické postižení bylo u účelově vybraných klientů v oblasti motoriky způsobené neurologickou poruchou, kde nebyla vyloučena ani porucha čítí. Neurologická porucha byla omezena na jedno konkrétní onemocnění, a to na cévní mozkovou příhodu (CMP). CMP nebyla blíže specifikována, pro usnadnění sběru dat. Blížší nespecifikování CMP znamená, že se předvýzkumu zúčastnili jak klienti po hemoragické, tak i ischemické cévní mozkové příhodě, bez ohraničení doby vzniku.

Vzhledem k volbě účelového typu výběru vzorku byla stanovena následující **kritéria pro zařazení klientů do předvýzkumu:**

1. Fyzické postižení v oblasti motoriky zapříčiněné neurologickou poruchou po CMP.
2. Věk nad 18 let.

3. Minimálně jeden subjektivní problém v ADL.
4. Podepsaný písemný informovaný souhlas s účastí na předvýzkumu.

Kritéria pro vyloučení klientů z předvýzkumu byla stanovena následovně:

1. Porucha v oblasti kognitivních funkcí stanovená psychologickým či lékařským vyšetřením.
2. Středně těžká a těžká afázie.
3. Nesplnění jakéhokoli z předchozích kritérií.

Pro předvýzkum byla využita data od 40 osob, z toho 16 žen a 24 mužů. Všichni klienti byli starší 18 let. Průměrný věk testovaných byl 63,125 let. Nejstarším testovaným byla 95letá žena, naopak nejmladším testovaným byl 29letý muž.

8.3 Etická hlediska

Klienti, kteří se předvýzkumu zúčastnili, byli nejprve informováni o účelu a průběhu výzkumného šetření k praktické části diplomové práce. Předvýzkum byl anonymní. Celý vzorek testovaných osob vstupoval do předvýzkumu dobrovolně, bez jakéhokoli nátlaku. S každým klientem byl podepsán informovaný souhlas, který je uveden v příloze číslo 1. S klientovou účastí v předvýzkumu nebylo spojeno poskytnutí finanční ani jiné odměny. Data byla statisticky zpracována v aplikaci MS Excel a záznamové listy byly po zpracování diplomové práce skartovány.

8.4 Metody sběru dat

Ke sběru dat byla využita česká verze Kanadského hodnocení výkonu zaměstnávání (Law et al., 2008), česká verze testu Barthelové (ÚZIS, 2017) a česká verze Dotazníku subjektivní kvality života SQUALA (Dragomirecká et al., 2006).

Česká verze Kanadského hodnocení výkonu zaměstnávání je pro diplomovou práci nejdůležitějším hodnocením, jelikož hodnocení COPM bylo zadáno jako téma diplomové práce. Klient si v COPM stanovuje až 5 problémů v oblasti zaměstnávání, které mu připadají nejdůležitější. U těchto 5 problémů je hodnocen výkon a spokojenost s výkonem na desetibodové škále od 1 do 10. Celkovým výsledkem je průměrné skóre

vypočítané z obou oblastí zvlášť, a to součtem jednotlivých skóre vybraných problémů zaměstnávání, dělených počtem problémů (Law et al., 2008). Jak uvádí Sumsionová (1999), COPM umožňuje hodnocení vlastního vnímání obtíží jedince v oblasti zaměstnávání, konkrétně tedy zahrnuje soběstačnost, produktivitu a volný čas. Nicméně pro potřeby diplomové práce byl semistrukturovaný rozhovor veden k oblasti soběstačnosti (všedních denních činností), popřípadě nebyly položky z oblasti produktivity a volného času započítány.

Pro hodnocení soběstačnosti byl vedle COPM zvolen test Barthelové (BI). Jedná se o časově nenáročné a běžně v praxi využívané hodnocení soběstačnosti. Hodnocení v testu Barthelové je založeno na skutečné aktuální míře fyzické dopomoci při vykonávání základních všedních denních činností. Výsledné skóre může být ovlivněno prostředím, ve kterém se testovaný aktuálně nachází, jelikož mu nemusí poskytovat ty podmínky, na které je normálně zvyklý. V tomto případě může být skóre nižší než v jeho upraveném prostředí. Hodnocení pomocí test Barthelové se provádí na počátku rehabilitace a také během rehabilitace, aby bylo možné určit zlepšení v oblasti soběstačnosti. Testovaný může v testu Barthelové dosáhnout od 0 do 100 bodů v 10 oblastech základních všedních denních činností. Každá z činností má specifický způsob hodnocení (Mahoney a Barthel, 1965).

Pod 10 oblastí hodnocených testem Barthelové patří jedení, oblékání, koupaní nebo sprchování, osobní hygiena, ovládání moči a stolice, použití WC, přesun lůžko/židle, chůze po rovině a chůze po schodech. Výsledné skóre vyjadřuje stupeň závislosti v základních všedních denních činnostech, 0-40 bodů značí vysokou závislost, 45-60 střední stupeň závislosti, 65-95 lehký stupeň závislosti a dosažení 100 bodů vyjadřuje nezávislost v základních všedních denních činnostech. I když testovaná osoba dosáhne 100 bodů, neznamená to, že je schopna žít samostatně. V testu Barthelové nejsou zahrnuty instrumentální všední denní činnosti, což může znamenat, že si jedinec nebude schopen uvařit, nebo se starat o domácnost. Dosažení plného počtu bodů tedy znamená pouze to, že testovaná osoba nepotřebuje ošetrovatelskou péči, jelikož mnoho oblastí denního života není v testu zahrnuto (Mahoney a Barthel, 1965; Kolář et al., 2009; ÚZIS, 2017). Jak uvádí Krivošíková (2011), test Barthelové je většinou doplněn dalším hodnocením všedních denních činností.

Výhodou testu Barthelové je jeho jednoduchost a snadná srozumitelnost. Není tak důležité celkové skóre jako rozdělení jednotlivých položek a jejich samostatné hodnocení, kde je jasně vidět nedostatek a problém (Mahoney a Barthel, 1965)

České verze Dotazníku subjektivní kvality života SQUALA byla zvolena pro hodnocení spokojenosti s výkonem ADL z toho důvodu, že existuje česká verze a pokrývá, kromě jiných oblastí, i oblast fyzického zdraví.

Dotazník subjektivní kvality života SQUALA hodnotí celkovou kvalitu života, která je indikátorem fyzického, psychického a sociálního zdraví a lze ji vyjádřit tím, jak je jedinec spokojený se svou životní situací (Dragomirecká, et al., 2006). Navíc bere v úvahu hierarchii hodnot a zjišťuje rozdíl mezi přáním a očekáváním jedince a jeho aktuální skutečnou situací (Kalvach et al., 2011). Dotazník se vztahuje na aktuální stav a měl by podporovat subjektivní odpovědi respondenta, proto mu terapeut žádný z pojmů nevysvětluje. Klient tento dotazník vyplňuje sám s možností položit otázku terapeutovi (Dragomirecká, 2006).

Dotazník SQUALA hodnotí 21 oblastí života, rozdělených do 5 jednotlivých dimenzí. První dimenze s názvem squala1 zahrnuje abstraktní hodnoty, a to pocit bezpečnosti, spravedlnost, svobodu, krásu a umění a pravdu. Druhá dimenze squala2 zahrnuje oblast zdraví, konkrétně položky zdraví, fyzickou soběstačnost, psychickou pohodu a péči o sebe sama. Do třetí dimenze squala3 jsou řazeny položky rodinné vztahy, láska a sexuální život. Předposlední dimenze squala4 zahrnuje spánek, vztahy s ostatními lidmi, odpočinek a koníčky. Poslední dimenze squala5 obsahuje položky prostředí a bydlení, peníze a jídlo. Do 21 oblastí jsou řazeny ještě dvě položky, konkrétně děti a práce. Tyto položky jsou ze skórování dotazníku vypuštěny. Důvodem pro vyřazení je značný počet chybějících odpovědí v těchto dvou položkách. Výpočet kvality života dle parciálního skóre je součin skóre důležitosti (od 0 - bezvýznamné až po 4 - nezbytné) a skóre spokojenosti (od 1 - velmi zklamán až po 5 – zcela spokojen) ve zvolené oblasti. Celkové skóre je součtem všech parciálních skóre (Dragomirecká et al., 2006).

Pojem kvalita života je využíván na popis pozitivních i negativních stránek života. Jak člověk hodnotí kvalitu svého života, záleží na srovnávání toho, co se od něj

očekává, co je žádoucí, nebo na srovnání se životem ostatních lidí. Kvalitu života je velmi těžké definovat (Gurková, 2011).

8.4.1 Sběr dat

Data byla sbírána v červnu 2017, dále od listopadu 2018 do konce února 2019. Výzkumné šetření probíhalo v ERGO aktivu, v Ústřední vojenské nemocnici v Praze na Oddělení rehabilitační a fyzikální medicíny a v Krajské zdravotní, a.s., Nemocnice Chomutov, o.z., konkrétně na neurologickém a rehabilitačním oddělení.

Sběr dat probíhal formou semistrukturovaného rozhovoru na téma všedních denních aktivit, tedy na téma soběstačnosti, u testu Barthelové i u COPM. Ovšem u COPM se rozhovor dále ubíral k důležitosti všedních denních aktivit, dále k jejich výkonu a také spokojenosti s tímto výkonem.

Semistrukturovaný rozhovor je u COPM pevně daným postupem. Hodnocení testem Barthelové probíhalo také pouze formou semistrukturovaného rozhovoru, bez názorné ukázky, pro rychlejší sběr dat. Česká verze Dotazníku subjektivní kvality života SQUALA má, stejně jako česká verze COPM, také stanovený postup sběru dat. Tento dotazník byl vyplňován testovanou osobou samostatně, po provedeném rozhovoru, s možností pokládat otázky zadavateli při jeho vyplňování.

Sběr dat měl probíhat v klidné místnosti, což nebylo vždy možné testovanému poskytnout, vzhledem k režimu pracoviště a nedostatku volných prostorů. U každé testované osoby bylo dodrženo vyšetření ve stejném, předem určeném pořadí. První byl proveden test Barthelové, jako druhé Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání, a nakonec dotazník SQUALA. Pořadí bylo zvoleno vzhledem k tomu, jakým způsobem bude hodnocení probíhat. Test Barthelové je nejrychlejší z uvedených hodnocení, je možné po jeho vyplnění přejít na hodnocení testem COPM. Dotazník SQUALA je vyplňován samostatně klientem a v případě potřeby je možnost obrátit se na zadavatele s dotazy. Hodnocení byla u všech testovaných prováděna jednorázově.

8.5 Metody analýzy dat

Dle zvoleného cíle diplomové práce byla zhodnocena klinická využitelnost české verze Kanadského hodnocení výkonu zaměstnávání v obou jeho částech. Nejprve byla spočtena deskriptivní statistika.

Dále byly provedeny odhady Spearmanova koeficientu korelace; byla spočtena korelace výsledků české verze Kanadského hodnocení výkonu zaměstnávání v obou jeho částech, oblast výkonu ADL a výsledek testu Barthelové, a poté byl spočten odhad korelace oblasti spokojenosti s ADL a výsledku české verze Dotazníku subjektivní kvality života SQUALA.

Spearmanův koeficient korelace stanovuje, jak těsně spolu souvisí dva jevy. Vypočítaný koeficient nabývá hodnot od 0 do ± 1 . Čím víc se koeficient blíží hodnotě ± 1 , tím je vztah mezi dvěma jevy těsnější. Naopak hodnota 0 znamená, že mezi jevy není žádný vztah. Kladný výsledek korelačního koeficientu znamená, že vyšší hodnoty u prvního měřeného jevu odpovídají spíše vyšším hodnotám u jevu druhého a naopak. Záporný koeficient korelačního koeficientu vypovídá o tom, že je mezi měřenými jevy negativní, tedy opačný, vztah. Tento vztah lze vysvětlit tak, že vyšším hodnotám prvního jevu odpovídají spíše nižší hodnoty jevu druhého (Chráška, 2007; Walker 2013).

K orientačnímu posouzení výsledné hodnoty korelačního koeficientu slouží Tabulka 1 (Chráška, 2007).

Tabulka 1 *Přibližná interpretace hodnot korelačního koeficientu*

Koeficient korelace	Interpretace
$r = 1$	naprostá závislost (funkční závislost)
$1,00 > r \geq 0,90$	velmi vysoká závislost
$0,90 > r \geq 0,70$	vysoká závislost
$0,70 > r \geq 0,40$	střední (značná) závislost
$0,40 > r \geq 0,20$	nízká závislost
$0,20 > r \geq 0,00$	velmi slabá závislost
$r = 0$	naprostá nezávislost

Zdroj: Chráška, 2007

Zkoumání vztahu mezi dvěma veličinami lze vyjádřit také pomocí regresní analýzy. V regresní analýze předpokládáme, že obě veličiny mají spojité rozdělení. Jedna z veličin je nezávisle proměnná X a druhá veličina je závisle proměnná Y. Daty je proložena regresní přímka (Zvárová, 2016). Pokud jde o dokonalou závislost regresní přímka prochází všemi body. Při nedokonalé závislosti přímka všemi body neprochází (Tahal et al., 2017).

Pro ověření hypotéz statistickými metodami je nutné si zformulovat dvě hypotézy, nulovou a alternativní. Nulová hypotéza je opakem toho, čeho chceme výzkumem dosáhnout. Alternativní hypotéza vymezí, co nastane, když je zamítnuta hypotéza nulová. Poté zvolíme hladinu významnosti α (0,05 nebo 0,01) a použitím vhodného softwaru se vypočítá p-hodnota. Čím menší p-hodnota (p-value), tím je méně důvěryhodná nulová hypotéza. Pro zamítnutí hypotézy na hladině významnosti α musí být α větší než p-hodnota. Naopak k zamítnutí nulové hypotézy na hladině významnosti α nedochází v případě, že α je menší než p-hodnota (Neubauer, Sedlačík a Kříž, 2012; Zvárová, 2016).

9 Výsledky

Kapitola výsledky je rozdělena na dvě části. První část obsahuje popisnou statistiku pro shrnutí výsledků z jednotlivých hodnocení. Druhá část je zaměřena na verifikaci hypotéz.

Ke statistickému zpracování dat byl použit program Microsoft Excel.

9.1 Popisná statistika pro shrnutí výsledků

V kapitole popisné statistiky jsou znázorněny míry polohy, míry variability a shrnující krabicové grafy ke každému hodnocení zvlášť.

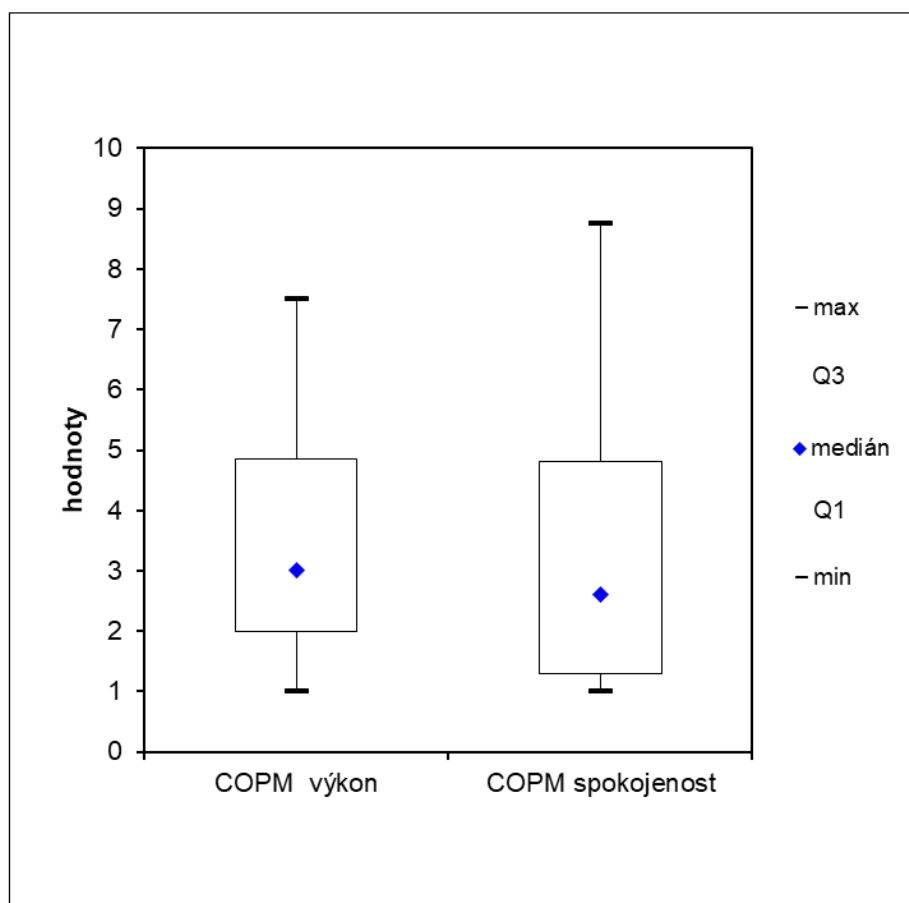
Tabulka 2 *Hodnoty COPM*

	COPM výkon	COPM spokojenost
aritmetický průměr	3,5	3,41
Medián	2,8	2,6
Modus	1,4	1
Min	1	1
Max	7,5	8,75
směrodatná odchylka	1,87	2,28
Rozptyl	3,51	5,2

Zdroj: Vlastní

Tabulka 2 představuje popisnou statistiku české verze COPM pro obě jeho části, oblast výkonu ADL a oblast spokojenosti s výkonem ADL. Jak je patrné, alespoň jedna z testovaných osob hodnotila svůj výkon v ADL ve všech důležitých problémových oblastech nejnižším skóre a alespoň jedna testovaná osoba hodnotila spokojenost s výkonem ADL ve všech důležitých problémových oblastech nejnižším skóre. Průměrné celkové hodnoty u COPM výkon a COPM spokojenost s výkonem byly pod poloviční hranicí skóre (pod 5).

Graf 1 Hodnoty COPM



Zdroj: Vlastní

Graf 1 shrnuje míru variability a míru polohy hodnocení COPM pro oblast výkonu ADL i spokojenosti s výkonem ADL. Dolní quartil Q1 je taková hodnota, aby 25 % naměřených jevů mělo menší hodnotu, než je jeho hranice. Horní quartil Q3 je taková hodnota, aby 75 % naměřených prvků mělo menší hodnotu, než je jeho hranice.

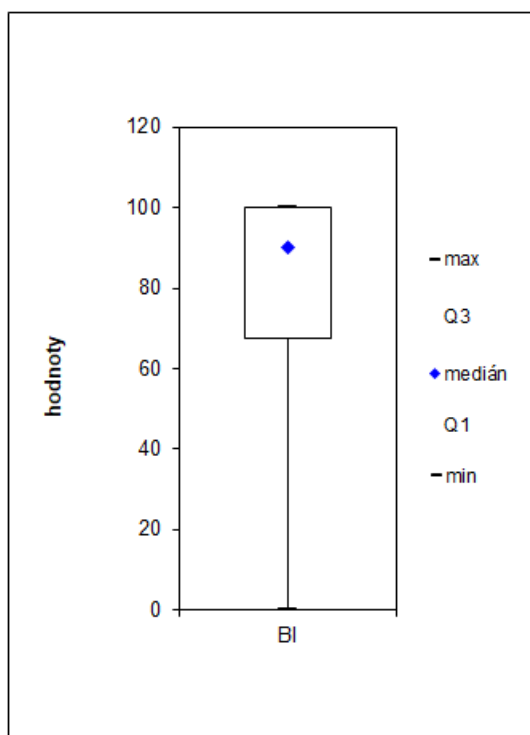
Tabulka 3 Hodnoty testu Barthelové

	BI
aritmetický průměr	76,13
Medián	90
Modus	100
Min	0
Max	100
směrodatná odchylka	28,62
Rozptyl	819,36

Zdroj: Vlastní

Tabulka 3 je zaměřena na hodnoty testu Barthelové, konkrétně na popisnou statistiku. Dle tabulky je patrné, že minimálně jedna testovaná osoba dosáhla v testu Barthelové minimálního počtu bodů, tedy 0, naopak minimálně jedna osoba dosáhla maximálního počtu 100 bodů.

Graf 2 Hodnoty testu Barthelové



Zdroj: Vlastní

Graf 2 je shrnutím hodnot míry variability a míry polohy hodnocení BI. Dolní quartil Q1 je taková hodnota, aby 25 % naměřených jevů mělo menší hodnotu, než je jeho hranice. Horní quartil Q3 je taková hodnota, aby 75 % naměřených prvků mělo menší hodnotu, než je jeho hranice.

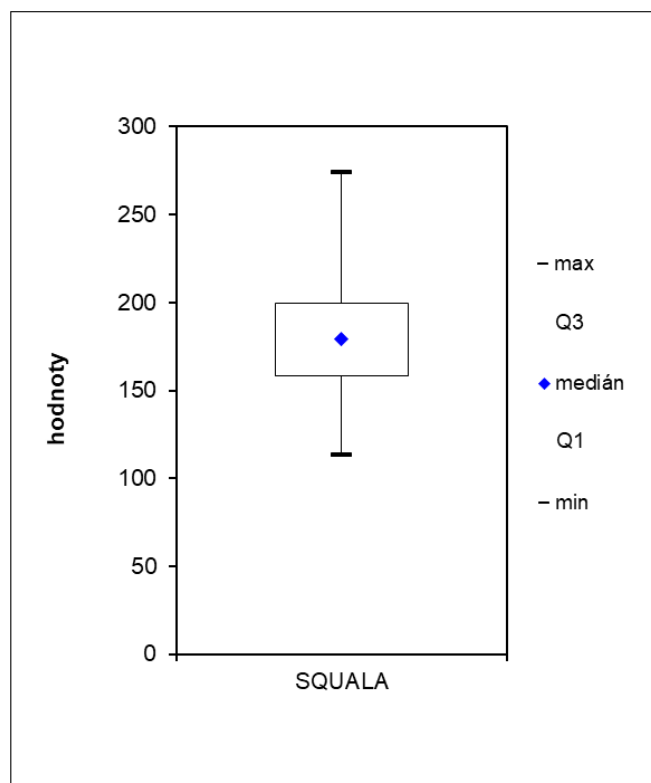
Tabulka 4 *Hodnoty SQUALA*

	SQUALA
aritmetický průměr	181,28
Medián	177
Modus	181
Min	113
Max	274
směrodatná odchylka	38,78
Rozptyl	1504,05

Zdroj: Vlastní

Tabulka 4 uvádí popisnou statistiku dotazníku Subjektivní kvality života SQUALA.

Graf 3 *Hodnoty SQUALA*



Zdroj: Vlastní

Graf 3 je shrnutím hodnot míry variability a míry polohy dotazník SQUALA. Dolní quartil Q1 je taková hodnota, aby 25 % naměřených jevů mělo menší hodnotu, než je jeho hranice. Horní quartil Q3 je taková hodnota, aby 75 % naměřených prvků mělo menší hodnotu, než je jeho hranice.

9.2 Verifikace hypotéz

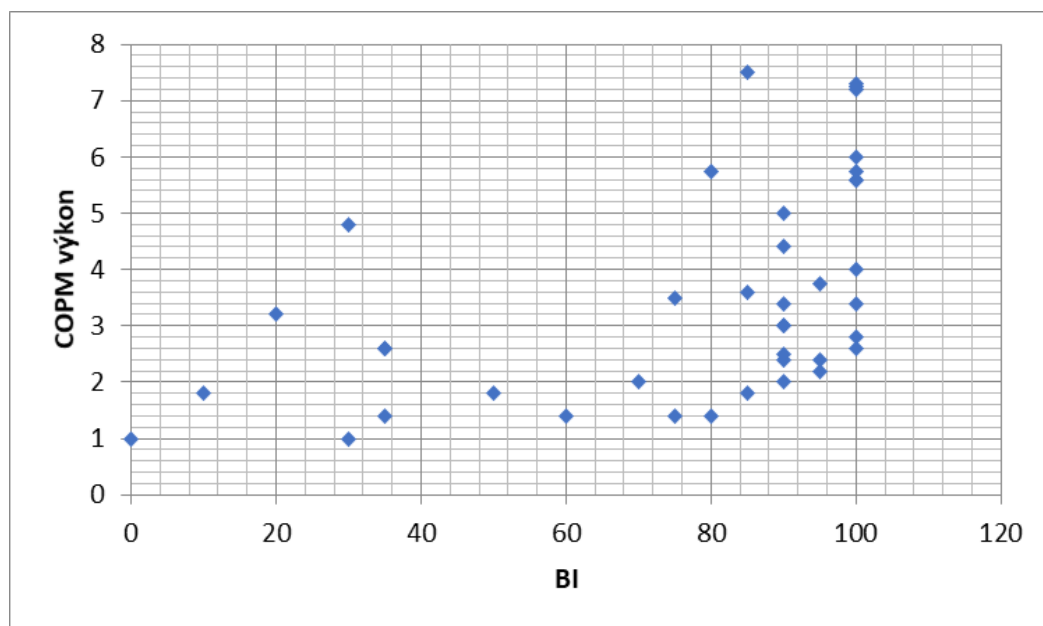
Byla provedena korelační analýza pomocí Spearmanova korelačního koeficientu. Korelace byla prováděna mezi českou verzí COPM v oblasti výkonu ADL a BI, dále mezi COPM v oblasti spokojenosti s výkonem ADL a dotazníkem SQUALA a poslední korelace byly provedeny u COPM v oblasti spokojenosti s výkonem ADL a u jednotlivých dimenzí dotazníku SQUALA. Tyto korelace jsou popsány níže.

K verifikaci hypotéz byly, vzhledem k využití statistických metod, stanoveny dvě nulové a dvě alternativní hypotézy. Na základě testu nezávislosti dat byla vypočítána p-hodnota. Hladina významnosti byla zvolena $\alpha = 0,05$.

HA1: Mezi naměřenými hodnotami Kanadským hodnocením výkonu zaměstnávání a testem Barthelové je souvislost v hodnocení výkonu ADL u dospělých osob s fyzickým postižením.

H01: Mezi naměřenými hodnotami Kanadským hodnocením výkonu zaměstnávání a testem Barthelové není souvislost v hodnocení výkonu ADL u dospělých osob s fyzickým postižením.

Graf 4 *Vztah mezi COPM výkon a BI*



Zdroj: Vlastní

Bodový graf 4 zobrazuje vztah naměřených hodnot hodnocení COPM pro oblast výkonu ADL a testu Barthelové. Rozptyl bodů je značný, proto nebyla provedena regresní analýza.

Byla provedena korelační analýza pomocí Spearmanova koeficientu korelace. Konkrétně byla zkoumána souvislost mezi naměřenými jevy COPM v oblasti výkonu zaměstnávání a testem Barthelové. Hodnota Spearmanova korelačního koeficientu vychází $\rho = 0,56$. Výslednou korelaci lze dle tabulky 1 přibližně interpretovat jako střední závislost.

V testu závislosti dat byla spočítána p-hodnota, $p = 0,00001$, hodnota je nižší než stanovená hladina významnosti $\alpha = 0,05$.

Zhodnocení

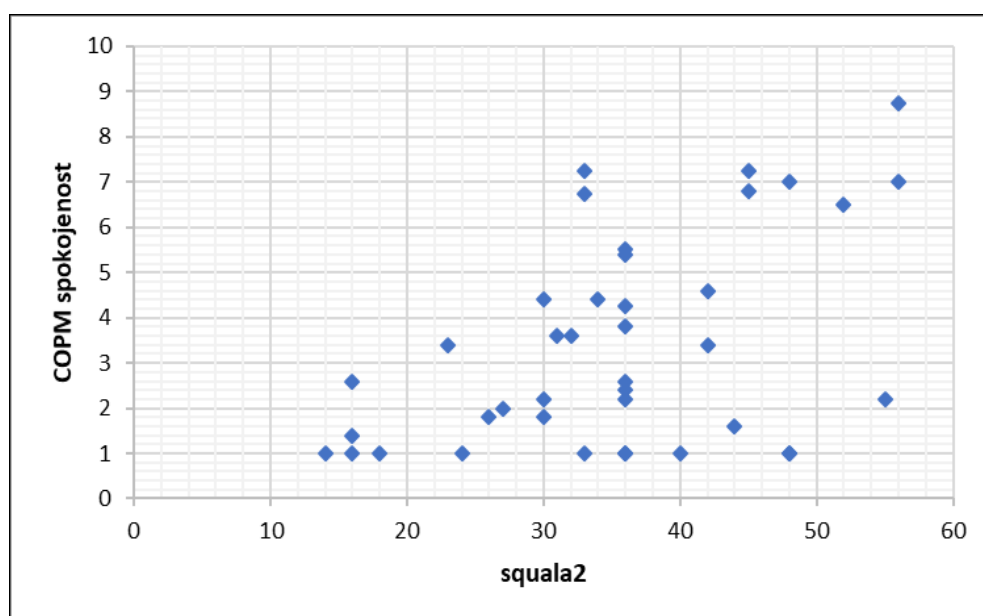
Vzhledem k tomu, že p-hodnota je nižší než zvolená hladina významnosti 0,05, lze H_0 o nezávislosti dat zamítnout. Naopak se lze přiklonit k H_A o závislosti mezi naměřenými jevy.

HA2: Mezi naměřenými hodnotami Kanadským hodnocením výkonu zaměstnávání a dotazníkem SQUALA je souvislost v hodnocení spokojenosti s výkonem ADL u dospělých osob s fyzickým postižením.

H02: Mezi naměřenými hodnotami Kanadským hodnocením výkonu zaměstnávání a dotazníkem SQUALA není souvislost v hodnocení spokojenosti s výkonem ADL u dospělých osob s fyzickým postižením.

COPM spokojenost a jednotlivé dimenze dotazníku SQUALA

Graf 5 *Vztah mezi COPM spokojenost a dimenzemi dotazníku squala2*



Zdroj: Vlastní

Bodový graf 5 znázorňuje vztah naměřených hodnot mezi COPM v oblasti spokojenosti s výkonem ADL a dimenzí squala2. Rozptyl bodů je natolik značný, že nebyla provedena regresní analýza, jelikož by chybovost byla příliš vysoká.

Tabulka 5 *Hodnoty Spearmanova korelačního koeficientu pro COPM spokojenost a dimenze dotazníku SQUALA*

COPM Spokojenost	0,14	0,39	0,22	0,20	0,04
	squala1 abstraktní hodnoty	squala2 zdraví	squala3 blízké vztahy	squala4 volný čas	squala5 základní potřeby

Zdroj: Vlastní

Tabulka 5 slouží k jasnější představě o jednotlivých korelacích vypočtených pomocí Spearmanova koeficientu korelace, vzhledem k tomu, že dotazník SQUALA je tvořen 5 dimenzemi. Tabulka 5, je zaměřena na závislost mezi naměřenými hodnotami hodnocením COPM v oblasti spokojenosti s výkonem a mezi naměřenými hodnotami dimenzí dotazníku SQUALA. Tedy na spočítané hodnoty korelace mezi COPM v oblasti spokojenosti s výkonem a jednotlivých dimenzí dotazníku SQUALA pomocí Spearmanova koeficientu korelace. Hodnoty jsou nízké, například squala5 je téměř nulová. Výjimkou je výsledek dimenze squala2 (žlutě vyznačen), kde je spočtená korelace 0,39, což dle tabulky jedna lze přibližně interpretovat jako nízkou závislost.

Tabulka 6 *P-hodnoty testu závislosti COPM spokojenost a dimenze dotazníku SQUALA*

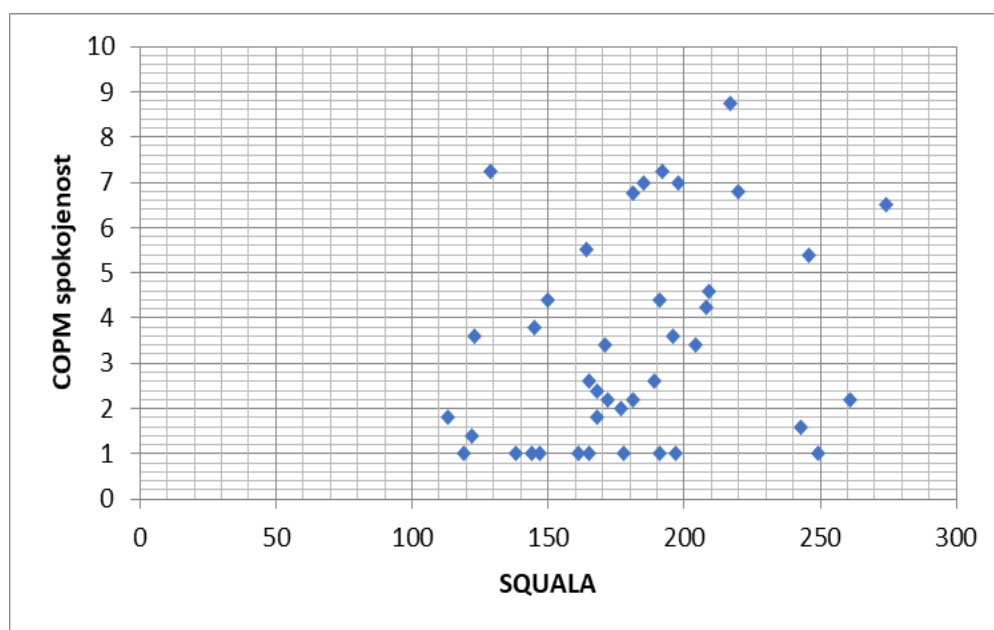
COPM spokojenost	0,40	0,01	0,18	0,22	0,79
	squala1 abstraktní hodnoty	squala2 zdraví	squala3 blízké vztahy	squala4 volný čas	squala5 základní potřeby

Zdroj: Vlastní

Tabulka 6 zobrazuje výsledné p-hodnoty z testu závislosti pro výsledné skóre COPM v oblasti spokojenosti s výkonem a výsledné skóre v jednotlivých dimenzích dotazníku SQUALA. Vypočtená p-hodnota, $p = 0,01$, která je vyznačena žlutě, indikuje určitou statistickou závislost na hladině významnosti 0,05. Z výsledků je patrné, že ostatní vypočtené p-hodnoty z testu nezávislosti jsou statisticky nevýznamné na hladině významnosti 0,05.

COPM spokojenost a dotazník SQUALA (celkové skóre)

Graf 6 *Vztah mezi COPM spokojenost a dotazníkem SQUALA*



Zdroj: Vlastní

Bodový graf 6 znázorňuje vztah mezi naměřenými hodnotami z COPM pro oblast spokojenosti s výkonem a dotazníkem SQUALA (celkové skóre). Body jsou rozptýleny, proto nelze odhadovat závislost. Z toho důvodu nebyla provedena ani regresní analýza.

Hodnota Spearmanova koeficientu korelace pro závislost jevů mezi hodnocením COPM v oblasti spokojenosti s výkonem a dotazníkem SQUALA (celkové skóre) je vypočítána jako $\rho = 0,34$. Výsledný koeficient korelace lze dle tabulky 1 přibližně interpretovat jako nízkou závislost.

Z testu závislosti dat naměřených pomocí COPM v oblasti spokojenost a dotazníku SQUALA (celkové skóre) byla vypočítána p-hodnota, $p = 0,041$.

Zhodnocení

Při rozdělení dotazníku SQUALA na jednotlivé dimenze, nebyla u naměřených hodnot u čtyř dimenzí spolu s výsledky naměřených hodnot COPM v oblasti spokojenosti s výkonem ADL shledána statistická závislost na hladině významnosti 0,05. Určitá statistická závislost byla shledána na hladině významnosti 0,05 pouze u

naměřených hodnot dimenze squala2 a naměřenými hodnotami COPM v oblasti spokojenosti s výkonem ADL.

I přes převažující nezávislost naměřených jevů mezi COPM v oblasti spokojenosti s výkonem ADL a jednotlivými dimenzemi dotazníku SQUALA, u naměřených jevů z COPM v oblasti spokojenosti s výkonem ADL a u dotazníku SQUALA (celkové skóre) je shledána určitá statistická závislost na hladině významnosti 0,05.

I když vypočítaná p-hodnota z testu závislosti dat pro COPM v oblasti spokojenosti s výkonem ADL a dotazník SQUALA (celkové skóre) $p = 0,041$ je blízko hranice hladiny statistické významnosti 0,05, stále je pod její hranicí. Na tomto základě můžeme zamítnout H_0 o nezávislosti naměřených dat. Lze se přiklonit k H_A o závislosti naměřených dat.

10 Diskuze

Fyzické postižení může mít, v různé míře, vliv na provádění všedních denních činností. Do předvýzkumu byly zapojeny osoby, které měly tělesné postižení způsobené prodělanou cévní mozkovou příhodou. Cévní mozková příhoda je jedním z hlavních problémů veřejného zdraví. Ve vyspělých zemích je cévní mozková příhoda třetí nejčastější příčinou úmrtí a vedoucí příčina zdravotního postižení dospělých (Williams, Perry, Watkins, 2019).

Diplomová práce se zabývala klinickou využitelností české verze COPM a souvislostí s hodnocením soběstačnosti a spokojenosti v oblasti provádění ADL.

10.1 Diskuze k metodologii

Diplomová práce je kvantitativního charakteru. Vzhledem k tomu, že diplomová práce byla předvýzkumem, nikoli výzkumem, výzkumný soubor nebyl tvořen velkým počtem respondentů. Malá velikost vzorku byla jednou z největších limitací, jelikož výsledky nemohou sloužit k učinění obecnějších závěrů (Chráska (2007)). Výzkumný soubor byl tvořen 40 osobami s fyzickým postižením způsobeným cévní mozkovou příhodou. Klienti byli vybíráni dle účelového výběru. Nižší nárok na počet vyšetřených klientů, díky předvýzkumu a splnitelným vstupním kritériím, bylo možné splnit.

Při použití COPM jsem občas narážela na problém s neaktivním zapojením klientů do stanovování problémových oblastí ADL a neochotou hodnotit subjektivně svůj stav. Může to být zapříčiněno například odlišným kulturním prostředím, než pro které bylo COPM vytvořeno. Law et al. (2008) poukazuje na některé okolnosti plynoucí z odlišného kulturního prostředí, může to být například právě neochota zapojit se do rozhodování o cílech terapie a neochota aktivně se terapie účastnit.

Klienti mohli být ovlivněni přetrvávajícím direktivním přístupem v nemocnicích. Když měli klienti možnost hodnotit svůj stav, byli často překvapeni a čekali radu od terapeuta. Tímto problémem se zabývá Sumsionová (1999), která tvrdí, že klienti jsou zvyklí nechávat za sebe rozhodovat nemocniční personál, nejsou schopni

přijmout zodpovědnost za vlastní chování, anebo nepochopí podstatu přístupu zaměřeného na klienta.

Našli se i klienti, kteří mi po provedeném vyšetření sdělili, že jim tento způsob vyšetření příliš nevyhovoval. Někteří klienti mohou být také ovlivněni hodnotami okolí, nebo tím, co je ve společnosti přijatelné (Njelesani, Teachman, Durocher et al., 2015).

Další limitací předvýzkumu byla akutní fáze u prodělané CMP. V této fázi CMP ještě klienti nebyli schopni hodnotit svůj aktuální stav, tak jako klienti v chronické fázi CMP. Klienti v chronické fázi CMP svůj stav již znali, proto byl vedený rozhovor především při použití COPM a dotazníku SQUALA snadnější a rychlejší.

Výzkumné šetření probíhalo v ERGO aktivu, v Ústřední vojenské nemocnici v Praze a v Krajské zdravotní, a.s., Nemocnice Chomutov, o.z. Místa sběru dat pro výzkumné šetření byla vybírána z toho důvodu, že se v nich buď využívá Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání, nebo měla dostatek osob splňujících stanovená kritéria pro sběr dat.

Zvolení české verze Kanadského hodnocení výkonu zaměstnávání bylo předem dané, jelikož hodnocení COPM bylo zadáno jako téma diplomové práce. Navíc je, dle prostudované literatury, vhodné k využití u nejrozličnějších diagnóz. K COPM bylo možné zvolit pro hodnocení výkonu všedních denních činností z více možností testovacích nástrojů, například test Barthelové, Funkční míru nezávislosti nebo Katzův test každodenních činností (Kolář et al., 2009). Například Roová, Brown a Thyerová (2019) využili pro výzkum vedle COPM Funkční míru nezávislosti. Pro předvýzkum byl nakonec zvolen test Barthelové, vzhledem k tomu, že je časově nenáročný a běžně v praxi využívaný, jak potvrzuje také Krivošíková (2011), která uvádí, že je test Barthelové v České republice zaveden pro hodnocení ADL. Test Barthelové je také využíván v nejrozličnějších studiích po celém světě (Kolář et al., 2009).

Jelikož COPM hodnotí také spokojenost s výkonem ADL, bylo nutné vybrat nástroj, které také pokrývá oblast spokojenosti. Roová, Brown a Thyerová (2019) ve výzkumu využili vedle COPM dotazník SF-36. Pro hodnocení spokojenosti s výkonem všedních denních činností byla k COPM nakonec zvolena česká verze dotazníku SQUALA. Dotazník SQUALA byl zvolen z toho důvodu, jelikož si v něm jedinec hodnotí, jak je spokojený se svou životní situací a jednotlivými činnostmi, či oblastmi

života (Dragomirecká, et al., 2006). Navíc také pokrývá oblast fyzického zdraví a jistou výhodou je i fakt, že existuje jeho česká verze.

Kritéria pro účelový předvýzkum nebyla příliš přísná. Konkrétní neurologická porucha, konkrétně CMP, byla zvolena, jelikož po prodělané CMP zůstává mnoho klientů s fyzickým postižením. Tím se zabývá také Kolář et al. (2019), ti tvrdí, že polovina osob, které přežijí CMP, jsou v těžce handicapována. Béjot, Bailly, Durier a Giroud (2016) uvádějí, že handicap osob po CMP ovlivňuje následnou kvalitu života.

Jedním ze zvolených kritérií pro zařazení klienta do předvýzkumu byl věk nad 18 let. Výběr dospělých klientů byl na základě četnosti následného handicapu po CMP. CMP je u dospělých jednou z hlavních příčin zdravotního postižení (Williams, Perry, Watkins, 2019).

Kritérium, které vylučovalo klienta z předvýzkumu, bylo přítomnost kognitivní poruchy u testovaného klienta s cévní mozkovou příhodou. Kognitivní porucha by mohla ovlivnit provádění ADL, ale také celkové testování pomocí vybraných hodnocení. U COPM tuto teorii potvrzují Shang-Yu, Chung Ying, Ya-Chen et al. (2017), kteří tvrdí, že COPM není vhodné pro klienty s kognitivním deficitem. Kognitivní deficit může ovlivnit stanovené cíle klienta, které tím pádem nemusí být dosažitelné.

Dalším kritériem, které vyloučilo klienta z předvýzkumu byla střední a těžká afázie. Afázie by mohla výrazně ovlivnit jak délku rozhovoru, tak porozumění ze strany klientů, tak i ze strany terapeuta a celkovou komunikaci s klientem. Problémy s porozuměním se zabývají autoři McGurková a Kneebone (2013), kteří tvrdí, že afázie u klientů po CMP má mnoho negativních důsledků a jedním z nich je právě problém v komunikaci.

Vysvětlování použitých testovacích metod a testování klientů po cévní mozkové příhodě BI, COPM a dotazníkem SQUALA, bylo pro klienty většinou dlouhé, navzdory tomu všichni klienti testování zvládli dokončit. Nejproblematictější bodem sběru dat bylo zajištění klidné místnosti pro vyšetření osob, jelikož nebyl vždy dostupný volný, klidný prostor. Tato limitace mohla být jedním z faktorů, která prodloužila proces hodnocení a ztížila klientovo pochopení nejen přístupu zaměřeného na klienta, COPM i dalších dvou využitých hodnocení.

Vyzdvihuji hodnotící desetistupňovou škálu COPM. Pro klienty byla snadno pochopitelná, což potvrzuje také Law et al. (2008), která tvrdí, že numerická posuzovací škála je pro naši kulturu přirozená, jelikož se běžně využívá i při konverzaci.

Kladně hodnotím také jednorázové vyšetření každého klienta. Průběžné hodnocení, by již bylo velmi problematické, jelikož především osoby v akutní fázi CMP, byly překládány na jiná oddělení, popřípadě byly propouštěny do domácího prostředí.

10.2 Diskuze k výsledkům

Jak uvádí Gillen, (2010) po prodělané cévní mozkové příhodě může přetrvávat mnoho následků, které brání ve výkonu všedních denních činností, zahrnujících i funkční mobilitu.

Cílem diplomové práce bylo zhodnocení klinické využitelnosti české verze Kanadského hodnocení výkonu zaměstnávání v obou jeho částech, v oblasti výkonu ADL a v oblasti spokojenosti s výkonem ADL. Diplomová práce se konkrétně zaměřovala na to, zda je česká verze Kanadského hodnocení výkonu zaměstnávání vhodná pro využití v klinické praxi u fyzického postižení specifikovaného na cévní mozkovou příhodu. Šlo o korelační analýzu výsledků české verze COPM a testu Barthelové pro výkon ADL a české verze COPM a dotazníku Subjektivní kvality života SQUALA pro spokojenost s výkonem ADL. Konkrétně šlo o to, zjistit, jak spolu souvisí naměřené hodnoty hodnocení COPM pro oblast výkonu ADL a test Barthelové a jak spolu souvisí naměřené hodnoty hodnocení COPM pro oblast spokojenosti s výkonem ADL a dotazníkem SQUALA.

Diplomová práce se nezaměřovala na všechny oblasti výkonu zaměstnávání. Zaměřovala se pouze na oblast všedních denních činností, jelikož ADL jsou hlavním bodem působnosti ergoterapeuta a bývají i nejčastější problematickou oblastí. Například u seniorů bývají nejčastější problematické položky z oblasti funkční mobility, která patří pod ADL (Tuntland, Aaslund, Langel et al., 2016).

Výzkumná hypotéza 1

H1: Skóre výkonu COPM v oblasti soběstačnosti má vztah se skóre indexu Barthelové u dospělých osob s fyzickým postižením.

Výsledná hodnota Spearmanova korelačního koeficientu pro naměřené hodnoty pomocí COPM v oblasti výkonu a testu Barthelové byla přibližně interpretována, dle tabulky 1, jako střední závislost (Chráška, 2007).

Pro statistické ověřování hypotézy 1 byla stanovena nulová a alternativní hypotéza. Na základě vypočítané p-hodnoty z testu závislosti, která byla nižší než stanovená hladina významnosti, byla zamítnuta H_0 o nezávislosti naměřených hodnot.

Vzhledem k tomu, že korelace výsledků nebyla vysoká, nelze přímo potvrdit závislost naměřených dat. Lze se ovšem k závislosti naměřených dat přiklonit, jelikož H_A o závislosti dat nebyla zamítnuta.

Na základě analýzy výsledků lze podpořit výzkumnou hypotézu 1 tvrzením, že naměřené skóre COPM a BI není nezávislé, tudíž má určitou závislost.

Nižší závislost naměřených dat může být ovlivněna tím, že předdefinované položky z testu Barthelové neodpovídaly položkám stanoveným klienty v COPM. Autoři Shang-Yu, Chung-Ying, Ya-Chen et al. (2017) dávají za vinu nižší závislost naměřených dat mezi COPM a jinými hodnoceními pro celkovou oblast výkonu zaměstnávání tomu, že COPM zkoumá speciální potřeby klientů, které v jiných hodnoceních nelze stanovit pomocí předem definovaných položek z oblasti zaměstnávání.

Naproti tomu autoři Roová, Brown a Thyerová (2019) zjišťovali závislost naměřených jevů pomocí COPM a Funkční míry nezávislosti pro celkovou oblast výkonu zaměstnávání u klientů v subakutní fázi onemocnění. A dokázali významnou korelaci těchto dat.

Výzkumná hypotéza 2

H2: Skóre spokojenosti s výkonem COPM má vztah se skóre dotazníku SQUALA u dospělých osob s fyzickým postižením.

Výsledná hodnota Spearmanova korelačního koeficientu pro naměřené hodnoty pomocí COPM v oblasti spokojenosti s výkonem a dotazníkem SQUALA byla přibližně interpretována, dle tabulky 1, jako nízká závislost (Chráška, 2007).

Pro statistické ověření hypotézy 2 byla stanovena nulová a alternativní hypotéza. Na základě vypočítané p-hodnoty z testu závislosti, která byla nižší než zvolená hladina statistické významnosti, byla zamítnuta H02 o nezávislosti naměřených hodnot. Proto se lze přiklonit k HA2 o závislosti dat, jelikož nedošlo k jejímu zamítnutí.

Vzhledem k tomu, že korelace výsledků nebyla vysoká, nelze přímo potvrdit závislost naměřených dat. Lze se ovšem k závislosti naměřených dat přiklonit, jelikož HA2 o závislosti dat nebyla zamítnuta.

Na základě analýzy výsledků se lze podpořit výzkumnou hypotézu 2 tvrzením, že naměřené skóre COPM a dotazníku SQUALA není nezávislé, tudíž má určitou závislost.

Nižší hladina závislosti naměřených dat je zřejmě zapříčiněna tím, že všechny problémové položky z COPM v oblasti spokojenosti s výkonem, byly zaměřeny na ADL. Nýbrž dotazník SQUALA se nezaměřuje pouze na soběstačnost, ale i na jiné oblasti života.

Pro podrobnější korelační analýzu a odhalení, v jakých naměřených datech byla největší závislost mezi hodnotami dimenzí dotazníku SQUALA a COPM pro oblast spokojenosti s výkonem ADL, byl dotazník SQUALA korelován ve všech dimenzích zvlášť. V naměřených hodnotách čtyř z pěti dimenzí nebyla shledána statistická závislost s výsledky naměřených hodnot COPM v oblasti spokojenosti s výkonem ADL na zvolené hladině významnosti. Nejvyšší závislost byla mezi naměřenými hodnotami z dimenze squala2 a COPM v oblasti spokojenosti s výkonem ADL. Zde lze podpořit myšlenka, že naměřené jevy mají určitou závislost.

Lze předpokládat, že nejvyšší závislost naměřených hodnot mezi COPM v oblasti spokojenosti s výkonem ADL a dimenzí squala2 zde byla především z toho

důvodu, že squala2 zahrnuje položky fyzická soběstačnost a péče o sebe sama. Problémy v oblasti fyzické soběstačnosti a péče o sebe sama byly stanovovány v COPM nejčastěji. Z čehož plyne, že pokud klienti byli nespokojeni ve stanovených aktivitách ADL v hodnocení COPM pro oblast spokojenosti s výkonem, tyto položky hodnotili podobně i v dimenzi squala2.

Naopak nejmenší míra závislosti byla zjištěna mezi naměřenými hodnotami COPM v oblasti spokojenosti s výkonem ADL a dimenzí squala5, kam se řadí základní potřeby jako je jídlo, peníze, anebo také bydlení. Může tomu tak být, jelikož někteří z klientů mohli hodnotit spokojenost s těmito oblastmi velmi dobře, naopak v COPM se tyto položky neobjevovaly, klienti zde hodnotili pouze položky z oblasti ADL, se kterými nemuseli natolik spokojeni. Tyto hodnoty spolu tedy nesouvisí.

Autoři Shang-Yu, Chung-Ying, Ya-Chen et al. (2017) tvrdí, že nízká závislost naměřených dat mezi COPM a jinými hodnoceními pro celkovou oblast spokojenosti s výkonem zaměstnávání může být způsobena opět tím, že COPM zkoumá speciální potřeby klientů, které v jiných hodnoceních nelze stanovit pomocí předem definovaných položek z oblasti zaměstnávání.

Roová, Brown a Thyerová (2019) zkoumali závislost naměřených jevů také pro oblast spokojenosti s výkonem zaměstnávání. V jejich výzkumu bylo použito k vyjádření korelace naměřených hodnot COPM pro oblast spokojenosti a naměřených hodnot dotazníku SF-36. Dokázali významnou korelaci těchto dat.

Klinická využitelnost COPM je ve studiích popisována mnoha autory v různých oblastech praxe. COPM lze dle různých autorů užívat v pediatrii (Darrahová, Lawová, Pollocková et al., 2011; Boyd, Ziviani, Sakzewski et al., 2013; Cusick, McIntyre, Novak et al., 2006), v neurologii (Cup, Scholte, Reimer et al., 2003; Shang-Yu, Chung-Ying, Ya-Chen et al., 2017), ortopedii (Van De Ven-Stevens, Graff, Peters et al. 2015; Kjekken, Darre, Smedslund et al., 2011) a dalších oblastech klinické praxe.

Pro klinickou praxi je důležité, aby využívané hodnocení bylo validní a reliabilní. Otázkou validity COPM se zabývali například Roová, Brown a Thyerová (2019), ti potvrdili obsahovou a kriteriální validitu ve studii týkající se rehabilitace u klientů v subakutní fázi onemocnění. Tuntland, Aaslund, Langel et al. (2016), kromě obsahové validity, potvrdili také validitu konstruktovou, obě validity byly shledány jako

adekvátní. Konstruktovou validitu COPM potvrdili například také Dedding, Cardol, Eyssen et al. (2004), kteří tvrdí, že je COPM validní nejen pro oblast výkonu sebeobslužné péče, ale také produktivity a volného času. Van De Ven-Stevens, Graff, Peters et al. (2015) potvrdili konstruktovou validitu pro oblast chirurgie ruky. Byla zkoumána také otázka reliability COPM. Test-retest reliabilita byla shledána značně nad hranicí přijatelnosti (COPM, 2019). COPM lze opakovaně využít u stejného klienta, jelikož poskytuje stabilní výsledky v průběhu času (Law et al., 2008).

COPM má mnoho výhod pro využití v praxi. Mohu se ztotožnit s tvrzením, že COPM umožňuje klientům po CMP identifikovat jejich potřeby a poskytuje terapeutům náměty, na co se zaměřit v terapeutické intervenci (Shang-Yu, Chung-Ying, Ya-Chen et al., 2017). Někteří autoři dokonce tvrdí, že COPM dokáže u klientů po CMP identifikovat takové problémy ve výkonu zaměstnávání, které nelze jiným standardizovaným hodnocením odhalit (Cup, Scholte, Reimer et al., 2003). Během předvýzkumu bylo pomocí COPM odhaleno mnoho problematických oblastí, které se v BI, ani v dotazníku SQUALA neobjevily. Což bylo zřejmě způsobeno tím, že COPM zkoumá speciální potřeby klientů (Shang-Yu, Chung-Ying, Ya-Chen et al., 2017).

COPM zlepšuje povědomí o klientových potřebách, preferencích a hodnotách a také zlepšuje partnerský vztah mezi terapeutem a klientem, který je tak důležitý pro přístup zaměřený na klienta (Enemark Larsen, Rasmussen, Christensen, 2018). COPM je vhodné také pro hodnocení výsledků terapie (Shang-Yu, Chung-Ying, Ya-Chen et al., 2017).

Celkové výsledky statistické analýzy nepotvrzují nezávislost naměřených hodnot českou verzí COPM, BI a dotazníkem SQUALA. Tudíž lze podpořit určitou závislost naměřených dat použitých hodnocení. Na tomto základě byla podpořena vhodnost využití COPM pro oblast výkonu s ADL i soběstačností ADL v klinické praxi u dospělých osob s fyzickým postižením specifikovaným na cévní mozkovou příhodu. Pro potvrzení vhodnosti využití COPM by korelace, v obou případech, musela být vyšší. Navíc by se muselo jednat o výzkum s větším počtem respondentů, aby bylo možné činit obecnější závěry. Zároveň je třeba počítat se zkreslením výsledků, které mohla způsobit únava klientů, nepochopení hodnocení, neochota se aktivně podílet na stanovení problémových oblastí a nepravdivé odpovědi. Výsledky mohly být ovlivněny také úrovní nadhledu klienta na svou aktuální situaci.

Prostudovaná literatura také podporuje vhodnost využití COPM u klientů po cévní mozkové příhodě s následným fyzickým handicapem.

10.3 Implikace pro další výzkum

Diplomová práce byla zaměřena pouze na hodnocení ADL, nikoli na celou oblast zaměstnávání. Doporučením pro další výzkum proto je, zaměřit se na všechny oblasti zaměstnávání. A zároveň také provádět výzkum na větším vzorku osob, aby bylo možné činit obecnější závěry.

Dalším doporučením je využití jiných srovnávacích hodnocení vedle COPM. Roová, Brown a Thyerová (2019) využili ve svém výzkumu Funkční míru nezávislosti pro oblast výkonu a dotazník SF-36 pro oblast spokojenosti s výkonem a potvrdili významnou korelaci naměřených dat. Pokud by bylo v dalším výzkumu využito jiné hodnocení soběstačnosti, či jiný dotazník kvality života, mohla být závislost mezi naměřenými jevy vyšší. Záleží na podobnosti problémových oblastí, které využitá hodnocení zahrnují.

Bylo by také vhodné provést další výzkum u jiných onemocnění. Dále bych doporučila provést výzkum, který by se zaměřoval na zhodnocení stanovování cílů terapie a na zhodnocení následné ergoterapeutické intervence, s využitím COPM. Tyto výzkumy by opět mohly vést k rozšíření používání české verze Kanadského hodnocení výkonu zaměstnávání u nejrůznějších druhů diagnóz.

Zajímavý by mohl být také výzkum, který by se zaměřoval na zhodnocení COPM českými ergoterapeuty, zda s ním mají zkušenosti, jestli ho v praxi využívají apod. Takový výzkum by mohl být prováděn napříč nemocnicemi a rehabilitačními zařízeními v České republice například formou dotazníkového šetření.

11 Závěr

V současné době stále přibývá případů cévní mozkové příhody. Život s následky CMP může ovlivňovat schopnost výkonu všedních denních činností z důvodu fyzického postižení. Pro ergoterapeutickou intervenci je, v první řadě, velmi podstatné vyšetření těchto aktivit.

V České republice jsou využívána různá ergoterapeutická hodnocení všedních denních činností, která však neberou v úvahu subjektivní vnímání potíží jedince. Navíc nebývá zvykem nechat klienta hodnotit všední denní činnosti a tím ho nechat rozhodovat i o svých cílech a plánech terapie. Kanadský model výkonu zaměstnávání, pro který bylo vytvořeno COPM, podporuje aktivní přístup klienta při výběru možností, které mu budou v rámci ergoterapie nabídnuty (Krivošíková, 2011).

Cílem diplomové práce bylo zhodnocení klinické využitelnosti COPM v oblasti výkonu soběstačnosti a v oblasti spokojenosti s tímto výkonem u dospělých osob s fyzickým postižením. Konkrétně byla porovnávána závislost mezi naměřenými hodnotami pomocí COPM pro oblast výkonu ADL ve srovnání s BI, pro oblast spokojenosti s výkonem byly porovnávány výsledky s dotazníkem SQUALA.

Pro testování závislostí pomocí statistických metod byly stanoveny nulové a alternativní hypotézy. Dále byl využit Spearmanův korelační koeficient, vypočtena p-hodnota a stanovena hladina významnosti $\alpha = 0,05$.

Celkové výsledky statistické analýzy nepotvrzují nezávislost naměřených dat pomocí české verze COPM pro oblast výkonu ADL a BI. Výsledky dále nepotvrzují nezávislost mezi naměřenými hodnotami českou verzí COPM pro oblast spokojenosti s výkonem ADL a dotazníkem SQUALA. Výsledky tudíž naznačují určitou míru závislosti mezi naměřenými hodnotami v obou oblastech COPM spolu s BI a dotazníkem SQUALA.

Na základě zpracovaných výsledků byla podpořena vhodnost využití COPM pro oblast výkonu s ADL i spokojenosti s výkonem ADL u dospělých osob s fyzickým postižením specifikovaným na cévní mozkovou příhodu. Nýbrž pro potvrzení tohoto výroku by musel být výzkum proveden na větším vzorku klientů. Navíc je třeba brát

v potaz také rušivé vlivy, které mohly zkreslit celkové výsledky. Mezi tyto rušivé vlivy mohla patřit například únava klientů, nepravdivé odpovědi, míra náhledu na svůj aktuální stav, kulturní prostředí a další.

Prostudovaná literatura také podporuje vhodnost využití COPM u klientů po cévní mozkové příhodě s následným fyzickým postižením.

COPM nehodnotí pouze oblast ADL, na kterou byla především zaměřena praktická část diplomové práce, nýbrž celou oblast zaměstnávání. Navíc dokáže odhalit změny v proběhlé terapii v průběhu času. Jak uvádí Roová, Brown a Thyerová (2019) COPM usnadňuje zapojení klienta do stanovování cílů, cíle pomáhá formulovat jasnější a v neposlední řadě, činí terapii pro klienta smysluplnější. Z těchto výhod vyplývá, že je cenným nástrojem pro hodnocení zaměstnávání a pro zhodnocení provedené rehabilitace.

Vypracování diplomové práce by mohlo přispět k rozšíření využívání COPM v klinické praxi pro oblast ergoterapie v České republice. Pro ergoterapeutickou praxi by to mohlo znamenat aktivnější zapojení klienta do určování problémových oblastí a stanovování cílů terapie, zároveň také vyšší míru odpovědnosti klienta. COPM dále také může sloužit k snadnějšímu vyhodnocení výsledků proběhlé terapie. Pomocí širšího využívání COPM v České republice by mohlo dojít také k lepšímu porozumění přístupu zaměřeného na klienta.

Literatura

1. AMBLER, Z. *Základy neurologie: [učebnice pro lékařské fakulty]*. 7. vyd. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-707-3.
2. ARNOLDOVÁ, A., *Sociální péče 1. díl: Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2015. ISBN 8024798980.
3. BÉJOT, Y., H. BAILLY, J. DURIER a M. GIROUD. Epidemiology of stroke in Europe and trends for the 21st century. *Presse Medicale (Paris, France: 1983)* [online]. 2016, **45** (12 Pt 2), e391-e398 [cit. 2018-12-13]. DOI: 10.1016/j.lpm.2016.10.003. ISSN 22130276. Dostupné z: <https://www.medline.com>.
4. BOYD, R. N., J. ZIVIANI, L. SAKZEWSKI et al. COMBIT: protocol of a randomised comparison trial of COMbined modified constraint induced movement therapy and bimanual intensive training with distributed model of standard upper limb rehabilitation in children with congenital hemiplegia. *BMC Neurology* [online]. 2013, **13**(1), 1-17 [cit. 2019-02-28]. DOI: 10.1186/1471-2377-13-68. ISSN 14712377. Dostupné z: <https://www.ebsco.com>
5. COLQUHOUN, H. L., L. J. LETTS, M. C. LAW et al. Administration of the Canadian Occupational Performance Measure: Effect on practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy* [online]. 2012, **79**(2), 120-128 [cit. 2018-12-01]. ISSN 00084174. Dostupné z: <https://www.proquest.com>
6. COPM. Psychometric properties of the COPM. In: *COPM: The Canadian Occupational Performance Measure*. [online]. © 2019 [cit. 2019-03-03]. Dostupné z: <http://www.thecopm.ca/casestudy/psychometric-properties-of-the-copm/>
7. CUP, E. H. C., W. J. M. SCHOLTE, O. P. REIMER et al. Reliability and validity of the Canadian Occupational Performance Measure in stroke patients. *Clinical Rehabilitation* [online]. 2003, **17**(4), 402-409 [cit. 2017-05-24]. ISSN 02692155. Dostupné z: <https://www.medline.com>
8. CUSICK, A., S. MCINTYRE, I. NOVAK et al. A comparison of goal attainment scaling and the Canadian Occupational Performance Measure for paediatric

- rehabilitation research. *Pediatric Rehabilitation* [online]. 2006, **9**(2), 149-57 [cit. 2019-04-15]. ISSN 13638491. Dostupné z: <https://www.medline.com>
9. DARRAH, J., M. C. LAW, N. POLLOCK et al. Context therapy: a new intervention approach for children with cerebral palsy. *Developmental Medicine And Child Neurology* [online]. 2011, **53**(7), 615-20 [cit. 2019-02-28]. DOI: 10.1111/j.1469-8749.2011.03959.x. ISSN 14698749.
 10. DEDDING, C., M. CARDOL, I. C. J. M. EYSEN et al. Validity of the Canadian Occupational Performance Measure: a client-centred outcome measurement. *Clinical Rehabilitation* [online]. 2004, **18**(6), 660-667 [cit. 2016-11-08]. ISSN 02692155. Dostupné z: <https://www.medline.com>
 11. DRAGOMIRECKÁ, E. et al. *SQUALA (Subjective QUALity of Life Analysis): příručka pro uživatele české verze Dotazníku subjektivní kvality života SQUALA*. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. ISBN 8085121824.
 12. DUNCAN, E. A. S. *Foundations for Practice in Occupational Therapy - E-BOOK*. 5. vyd. Edinburg: Elsevier Health Sciences, 2011. ISBN 0702046612.
 13. DUNN, W., J. COX, L. FOSTER et al. Impact of a Contextual Intervention on Child Participation and Parent Competence Among Children With Autism Spectrum Disorders: A Pretest-Posttest Repeated-Measures Design. *AMERICAN JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY* [online]. 2012, **66**(5), 520-528 [cit. 2019-02-28]. DOI: 10.5014/ajot.2012.004119. ISSN 02729490. Dostupné z: <https://www.scopus.com>
 14. DUROCHER, E., E. A. KINSELLA, C. ELLS et al. Contradictions in client-centred discharge planning: through the lens of relational autonomy. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* [online]. 2015, **22**(4), 293-301 [cit. 2018-08-26]. DOI: 10.3109/11038128.2015.1017531. ISSN 11038128. Dostupné z: <https://www.ebsco.com>
 15. ENEMARK LARSEN, A., B. RASMUSSEN a J. R. CHRISTENSEN. Enhancing a Client-Centred Practice with the Canadian Occupational Performance Measure. *Occupational Therapy International* [online]. 2018, 1-11 [cit. 2018-08-29]. DOI: 10.1155/2018/5956301. ISSN 09667903. Dostupné z: <https://www.ebsco.com>

16. ENEMARK LARSEN, A. a G. CARLSSON. Utility of the Canadian Occupational Performance Measure as an admission and outcome measure in interdisciplinary community-based geriatric rehabilitation. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* [online]. 2012, **19**(2), 204-213 [cit. 2018-12-10]. DOI: 10.3109/11038128.2011.574151. ISSN 11038128. Dostupné z: <https://www.ebsco.com>
17. EVANGELU, Jaroslava Ester a Jiří NEUBAUER. *Testy pro personální práci: jak je správně vytvářet a používat*. Praha: Grada, 2014. Manažer. ISBN 9788024750569.
18. EYSEN, I. C. J. M., M. P. M. STEULTJENS, T. A. M. OUD et al. Responsiveness of the Canadian Occupational Performance Measure. *Journal of Rehabilitation Research* [online]. 2011, **48**(5), 517-528 [cit. 2018-12-10]. ISSN 07487711. Dostupné z: <https://www.ebsco.com>
19. GILLEN, G. *Stroke Rehabilitation – E-book: A Function-Based Approach*. 3. vyd. St. Louis: Elsevier Health Sciences, 2010. ISBN 9780323059114.
20. GURKOVÁ, E. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3625-9.
21. HOFGREN, C., A. BJÖRKDAHL, E. ESBJÖRNSSON a K. STIBRANT-SUNNERHAGEN. Recovery after stroke: cognition, ADL function and return to work. *Acta Neurologica Scandinavica* [online]. 2007, **115**(2), 73-80 [cit. 2017-05-30]. DOI: 10.1111/j.1600-0404.2006.00768. ISSN 00016314. Dostupné z: <https://www.ebsco.com>
22. HUČKA, M., E. KISLINGEROVÁ a M. MALÝ. *Vývojové tendence velkých podniků: podniky v 21. století*. Beckova edice ekonomie. Praha: C.H. Beck, 2011. ISBN 8074001989.
23. CHISHOLM, D., C. D. DOLHI a J. SCHREIBER. *Occupational therapy intervention resource manual*. Clifton Park, New York: Thomson/Delmar Learning, 2004. ISBN 1401815367.
24. KALVACH, P. et al. *Mozkové ischemie a hemoragie*. 3. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 9788024770376.

25. KJEKEN, I., S. DARRE, G. SMEDSLUND et al. Effect of assistive technology in hand osteoarthritis: a randomised controlled trial. *Annals Of The Rheumatic Diseases* [online]. 2011, **70**(8), 1447-52 [cit. 2019-02-28]. DOI: 10.1136/ard.2010.148668. ISSN 14682060. Dostupné z: <https://www.medline.com>
26. KOLÁŘ, P. et al. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, c2009. ISBN 9788072626571.
27. KLUSOŇOVÁ, E. *Ergoterapie v praxi*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2011. ISBN 9788070135358.
28. KRIVOŠÍKOVÁ, M.. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 9788024726991.
29. LAW, M. C. et al. *Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání*. Přeložily Helena FUCHSOVÁ, Mária KRIVOŠÍKOVÁ. 1. české vyd. Praha: Česká asociace ergoterapeutů, c2008. ISBN 9788025427446.
30. LAW, M., H. POLATAJKO, N. POLLOCK et al. Pilot testing of the Canadian Occupational Performance Measure: clinical and measurement issues. *Canadian Journal Of Occupational Therapy. Revue Canadienne D'ergotherapie* [online]. 1994, **61**(4), 191-7 [cit. 2018-12-11]. ISSN 00084174. Dostupné z: <https://www.medline.com>
31. MAHONEY, F. I. a D. W. BARTHEL. Functional evaluation: The Barthel index. *Maryland State Medical Journal*, 1965, **14**(2), 61-65.
32. MCCOLL, M. A., M. LAW, S. BAPTISTE, et al. Targeted applications of the Canadian Occupational Performance Measure. *Canadian Journal Of Occupational Therapy. Revue Canadienne D'ergotherapie* [online]. 2005, **72**(5), 298-300 [cit. 2018-12-11]. ISSN 00084174. Dostupné z: <https://www.medline.com>
33. MCGURK, R. a I. KNEEBONE. The problems faced by informal carers to people with aphasia after stroke: A literature review. *Aphasiology* [online]. 2013, **27**(7), 765-783 [cit. 2019-04-19]. DOI: 10.1080/02687038.2013.772292. ISSN 02687038. Dostupné z: <https://www.ebscohost.com>

34. MCNULTY, M. C. a A. L. BEPLAT. The validity of using the canadian occupational performance measure with older adults with and without depressive symptoms. *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics* [online]. 2008, **27**(1), 1 - 15 [cit. 2019-04-15]. DOI: 10.1080/02703180802206231. ISSN 02703181. Dostupné z: <https://www.scopus.com>
35. MLINAC, M. E. a M. C. FENG. Assessment of Activities of Daily Living, Self-Care, and Independence. *Archives Of Clinical Neuropsychology: The Official Journal Of The National Academy Of Neuropsychologists* [online]. 2016, **31**(6), 506-16 [cit. 2018-05-30]. DOI: 10.1093/arclin/acw049. ISSN 18735843. Dostupné z: <https://www.medline.com>
36. MOON, K. A. a B. RICE. The nondirective attitude in client-centered practice: A few questions. *Person-Centered* [online]. 2012, **11**(4), 289-303 [cit. 2018-07-08]. DOI: 10.1080/14779757.2012.740322. ISSN 14779757. Dostupné z: <https://www.ebscohost.com>
37. NEUBAUER, J., M. SEDLAČÍK a O. KŘÍŽ. *Základy statistiky: aplikace v technických a ekonomických oborech*. Praha: Grada, 2012. ISBN 9788024742731.
38. NIEUWENHUIZEN, M. G., S. DE GROOT, T. W. J. JANSSEN et al. Canadian Occupational Performance Measure performance scale: Validity and responsiveness in chronic pain. *Journal of Rehabilitation Research* [online]. 2014, **51**(5), 727-746 [cit. 2018-12-14]. ISSN 07487711. Dostupné z: <https://www.ebsco.com>
39. NJELESANI, J., G. TEACHMAN, E. DUROCHER et al. Thinking critically about client-centred practice and occupational possibilities across the life-span. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* [online]. 2015, **22**(4), 252-259 [cit. 2018-07-29]. DOI: 10.3109/11038128.2015.1049550. ISSN 11038128. Dostupné z: <https://www.ebsco.com>
40. NOVÁKOVÁ, I. *Zdravotní nauka 2. díl: Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3709-6.
41. PETTY, L. S., L. MCARTHUR a J. TREVIRANUS. Clinical report: use of the Canadian Occupational Performance Measure in vision technology. *Canadian Journal Of Occupational Therapy. Revue Canadienne D'ergotherapie* [online].

- 2005, **72**(5), 309-12 [cit. 2018-12-12]. ISSN 00084174. Dostupné z: <https://www.medline.com>
42. PHOENIX, M. a S. VANDERKAAY. Client-centred occupational therapy with children: A critical perspective. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* [online]. 2015, **22**(4), 318-321 [cit. 2018-07-30]. DOI: 10.3109/11038128.2015.1011690. ISSN 11038128. Dostupné z: <https://www.ebsco.com>
43. POLLOCK, N., S. BAPTISTE, M. LAW et al. Occupational performance measures: a review based on the guidelines for the client-centred practice of occupational therapy. *Canadian Journal Of Occupational Therapy. Revue Canadienne D'ergotherapie* [online]. 1990, **57**(2), 77-81 [cit. 2018-12-11]. ISSN 00084174. Dostupné z: <https://www.medline.com>
44. RADOMSKI, M. V. a C. A. TROMBLY. LATHAM. *Occupational therapy for physical dysfunction*. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2008. ISBN 0781763126.
45. REED, K. L. a S. NELSON SANDERSON. *Concepts of Occupational Therapy*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1999. ISBN 0683304542.
46. RESTALL, G., J. RIPAT a M. STERN. A framework of strategies for client-centred practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy* [online]. 2003, **70**(2), 103-112 [cit. 2018-12-12]. ISSN 00084174. Dostupné z: <https://www.ebsco.com>
47. ROE, D., T. Brown a L. Thyer. Validity, responsiveness, and perceptions of clinical utility of the Canadian Occupational Performance Measure when used in a sub-acute setting. *Disability And Rehabilitation* [online]. 2019, 1-18 [cit. 2019-04-09]. DOI: 10.1080/09638288.2019.1573934. ISSN 14645165. Dostupné z: <https://www.medline.com>
48. SEIDL, Z. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2008. ISBN 8024727331.
49. SHANG-YU, Y., L. CHUNG-YING, L. YA-CHEN et al. The Canadian occupational performance measure for patients with stroke: a systematic review. *Journal of*

- Physical Therapy Science* [online]. 2017, **29**(3), 548-555 [cit. 2018-04-01]. ISSN 09155287. Dostupné z: <https://www.ebsco.com>
50. SMART, J. *Disability Across the Developmental Life Span: For the Rehabilitation Counselor*. New York: Springer Publisher Company, 2011. ISBN 0826107354.
51. STUBER, Ch. J. a D. L. NELSON. Convergent Validity of Three Occupational Self-Assessments. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics* [online]. 2010, **28**(1), 13-21 [cit. 2017-05-01]. ISSN 02703181. Dostupné z: <https://www.ebsco.com>
52. SUMSION, T. *Client-centred practice in occupational therapy: a guide to implementation*. New York: Churchill Livingstone, 1999. ISBN 0443061270.
53. SUMSION, T. a G. SMYTH. Barriers to client-centredness and their resolution. *Canadian Journal Of Occupational Therapy. Revue Canadienne D'ergotherapie* [online]. 2000, **67**(1), 15-21 [cit. 2018-12-12]. ISSN 00084174. Dostupné z: <https://www.medline.com>
54. ŠIFFELOVÁ, Daniela. Rogersovská psychoterapie pro 21. století: vybraná témata z historie a současnosti. Praha: Grada, 2010. ISBN 8024729385.
55. TAHAL, R. et al. *Marketingový výzkum: Postupy, metody, trendy*. Praha: Grada Publishing a.s., 2017. ISBN 9788027198672.
56. TUNTLAND, H., M. K. AASLUND, E. LANGEL et al. Psychometric properties of the Canadian Occupational Performance Measure in home-dwelling older adults. *Journal of Multidisciplinary Healthcare* [online]. 2016, **9**, 411-423 [cit. 2019-04-09]. ISSN 11782390. Dostupné z: <https://www.doaj.org>.
57. ÚZIS. Barthelové test. In: *Klasifikace*. [online]. 2017 [cit. 2019-04-20]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/katalog/klasifikace/barthelove-test>.
58. VAN DE VEN-STEVENSON, L. A.W., M. J. L. GRAFF, M. A. M. PETERS et al. Construct Validity of the Canadian Occupational Performance Measure in Participants With Tendon Injury and Dupuytren Disease. *Physical Therapy* [online]. 2015, **95**(5), 750-757 [cit. 2019-04-15]. ISSN 00319023. Dostupné z: <https://www.ebsco.com>

59. WILLIAMS, J., L. PERRY a C. WATKINS. *Stroke Nursing*. 2. vyd. Hoboken: John Wiley & Sons, 2019. ISBN 9781119111450.
60. WILKINS, S., N. POLLOCK, S. ROCHON a M. LAW. Implementing client-centred practice: why is it so difficult to do?. *Canadian Journal Of Occupational Therapy. Revue Canadienne D'ergotherapie* [online]. 2001, **68**(2), 70-9 [cit. 2018-12-12]. ISSN 00084174. Dostupné z: <https://www.medline.com>
61. WINTERS, J. M. a M. F. STORY. *Medical Instrumentation: Accessibility and Usability Considerations*. Boca Raton: CRC Press, 2006. ISBN 1420006223.
62. WRESSLE, E. a K. SAMUELSSON. Barriers and Bridges to Client-centred Occupational Therapy in Sweden. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* [online]. 2004, **11**(1), 12-16 [cit. 2018-08-29]. DOI: 10.1080/11038120410019135. ISSN 11038128. Dostupné z: <https://www.ebsco.com>

Seznam použitých zkratk

ADL	Všední denní činnosti
BI	Barthelové test
CIMT	Constraint-induced Movement Therapy
CMOP	Kanadský model výkonu zaměstnávání
CMOP – E	Kanadský model výkonu zaměstnávání a angažovanosti
CMP	Cévní mozková příhoda
COPM	Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání
I ADL	Instrumentální všední denní činnosti
P ADL	Personální všední denní činnosti
SF-36	Short-Form 36 Health Questionnaire
SQUALA	Dotazník subjektivní kvality života

Seznam obrázků

Obrázek 1 Schéma Kanadského modelu výkonu zaměstnávání.....	10
---	----

Seznam tabulek

Tabulka 1 <i>Přibližná interpretace hodnot korelačního koeficientu</i>	33
Tabulka 2 <i>Hodnoty COPM</i>	35
Tabulka 3 <i>Hodnoty testu Barthelové</i>	37
Tabulka 4 <i>Hodnoty SQUALA</i>	38
Tabulka 5 <i>Hodnoty Spearmanova korelačního koeficientu pro COPM spokojenost a dimenze dotazníku SQUALA</i>	42
Tabulka 6 <i>P-hodnoty testu závislosti COPM spokojenost a dimenze dotazníku SQUALA</i>	43

Seznam grafů

Graf 1 <i>Hodnoty COPM</i>	36
Graf 2 <i>Hodnoty testu Barthelové</i>	37
Graf 3 <i>Hodnoty SQUALA</i>	39
Graf 4 <i>Vztah mezi COPM výkon a BI</i>	40
Graf 5 <i>Vztah mezi COPM spokojenost a dimenzemi dotazníku squala2</i>	42
Graf 6 <i>Vztah mezi COPM spokojenost a dotazníkem SQUALA</i>	44

Příloha

Příloha 1 Informovaný souhlas pacienta

Informovaný souhlas pacienta

Zákonný zástupce pacienta:
(jméno, příjmení)

Lékař, který provedl poučení:
(jméno, příjmení, titul)

V rámci projektu: Sběr dat za účelem vypracování diplomové práce, studentkou Patricií Ruskovou, s názvem Klinická využitelnost české verze testu Kanadského hodnocení výkonu zaměstnávání u dospělých pacientů s fyzickým postižením.

Informace pro pacienta:

1. Já, níže podepsaný/á souhlasím se svou účastí ve studii. Je mi více než 18 let.
2. Byl/a jsem podrobně informován/a o cíli projektu, o jejích postupech a o tom, co se ode mne očekává. Student pověřený prováděním této studie mi vysvětlil očekávané přínosy. Beru na vědomí, že prováděný projekt je výzkumnou činností.
4. Budu při své ergoterapii se studentem spolupracovat a v případě výskytu jakéhokoliv neobvyklého nebo nečekaného příznaku ho budu ihned informovat.
5. Porozuměl/ s jsem tomu, že svou účast ve studii mohu kdykoliv přerušit či ukončit, aniž by to jakkoliv ovlivnilo průběh mého dalšího léčení. Moje účast ve studii je dobrovolná.
6. Při zařazení do projektu budou má osobní data uchována s plnou ochranou důvěrnosti dle platných zákonů ČR.
Je zaručena ochrana důvěrnosti mých osobních dat. Při vlastním provádění projektu mohou být osobní údaje poskytnuty jiným než výše uvedeným subjektům pouze bez identifikačních údajů, to znamená anonymní data pod číselným kódem. Rovněž pro výzkumné a vědecké účely mohou být moje osobní údaje poskytnuty pouze bez identifikačních údajů (anonymní data) nebo s mým výslovným souhlasem.
7. S mojí účastí ve studii není spojeno poskytnutí žádné finanční ani jiné odměny.
8. Porozuměl/a jsem tomu, že mé jméno se nebude nikdy vyskytovat v referátech o tomto projektu.
Dobrovolně souhlasím s používáním získaných výsledků pro vědecké účely a s jejich publikováním, při dodržení zásad anonymity.

Prohlašuji, že student 1. LF UK, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl/a jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl. Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení a informacím plně porozuměl/a a výslovně souhlasím se zahrnutím do této studie.

.....
Podpis pacienta/zákonného zástupce:

.....
Podpis: Vedoucí diplomové práce

datum:

datum:

Jméno, příjmení a podpis svědka, který byl přítomen poučení a souhlasu pacienta:

.....

podpis svědka (svědků)

Podpis svědka poučení a souhlasu pacienta/zákonného zástupce, pokud se pacient není schopen vlastnoručně podepsat:

Důvod, pro nějž se pacient není schopen podepsat:

Způsob, jak pacient projevil svou vůli:

Jméno, příjmení a podpis svědka:

.....

podpis svědka (svědků)